

**Saúde, competência cultural e imigração: estudo de caso da
Unidade de Saúde Familiar (USF) da Baixa
Projeto de aproximação das necessidades em saúde dos
imigrantes em Portugal**

Thaise Bagdeve de Oliveira

**Dissertação de Mestrado em Migração, Inter-etnicidade e
Transnacionalismo**

Setembro, 2019

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Migração, Inter-etnicidade e Transnacionalismo, realizada sob a orientação científica da Prof^a Dr^a Chiara Pussetti (Universidade de Lisboa – ICS) e co-orientação científica da Prof^a Dr^a Margarida Maques (Universidade Nova de Lisboa – FCSH).

This dissertation is submitted to fulfil the necessary requirements to obtain the Master's degree in Migration, Inter-Ethnicity and Transnationalism, under the scientific guidance of Prof. Dr. Chiara Pussetti (Universidade de Lisboa – ICS) and Prof. Dr. Margarida Marques (Universidade Nova de Lisboa – FCSH).

*Aos que constroem sentido na vida
mesmo longe das suas raízes.*

AGRADECIMENTOS

À minha ancestralidade. Sem ela, não vou à lugar algum.

Agradeço à minha mãe, ao meu pai e à Kátia que depositam confiança diária nas escolhas que faço e apoio incondicional. Às minhas irmãs, irmãos e familiares por estarem sempre perto mesmo com a distância física. Agradeço ao meu companheiro Thibaut pelo encorajamento, cuidado e apoio. Às minhas amigas queridas Satya, Anna Paula e Iago por serem ouvidos atentos e por fazerem a vida ter momentos mais leves. Às amigas de caminhada no velho mundo, Duda, Alana e Stella, que foram, muitas vezes, família para mim em Lisboa. À Vivi que esteve sempre por perto sendo âncora de organização emocional e que me faz relembrar da minha força interna. À Marianna, por todos os momentos de troca que serviram de inspiração e reafirmaram, dentro de mim, a possibilidade de um cuidado em saúde que pense o ser humano de forma integral, inclusiva e com respeito.

Agradeço também pelas orientações de mulheres admiráveis e que fazem ciência de forma crítica, responsável e com comprometimento social: à Prof^{ra}. Chiara pela inspiração vindos dos seus trabalhos e da sua trajetória acadêmica. À Prof.^a Margarida por ter aberto portas importantes para o amadurecimento da discussão sobre Migração e Saúde, e pela disponibilidade das trocas que foram cruciais neste processo.

Agradeço à Unidade de Saúde Familiar da Baixa pelo acolhimento que recebi durante todo o período de investigação e pela disponibilidade de todos os funcionários da Unidade, em especial, ao Cristiano Figueiredo e ao Martino Gliozzi. E a todos os utentes da Unidade que participaram deste trabalho com confiança e abertura.

**Saúde, competência cultural e imigração:
estudo de caso da Unidade de Saúde Familiar (USF) da Baixa
Projeto de aproximação das necessidades em saúde dos imigrantes em Portugal**

Thaise Bagdeve de Oliveira

[RESUMO]

Sabe-se que o fenómeno migratório se firma, cada vez mais, como uma realidade em Portugal. Com isto, diversos são os desafios para lidar com as mudanças e as diferentes necessidades as quais este fenómeno impõe. No campo da saúde, são profusos os estudos dentro das Ciências Sociais e Humanas que verificam a carência e falha de serviços de saúde sensíveis à prestação de cuidado mais alinhado dos diversos contextos e problemáticas que envolvem o ser humano em contexto de deslocamento. Neste sentido, este estudo deflagra a Competência Cultural em Saúde juntamente com os Cuidados de Saúde Primários como saídas possíveis para a produção de cuidado da população imigrante, pois vai na contramão dos extremos que, ou desconsidera as diferenças culturais e vulnerabilidades do processo migratório (*culture blind*), ou essencializa a questão cultural patologizando as experiências, acirrando mais os abismos entre “nós” versus “eles”.

A Unidade de Saúde Familiar da Baixa foi escolhida como campo de investigação, pois se trata de uma Unidade considerada como contraponto nos cuidados destinado ao terreno cuja população imigrante, principalmente sul asiática, é presença marcante. A partir da metodologia de *interface*, cujo olhar privilegia as discussões no espaço empírico de encontro das demandas entre utente imigrante e profissional de saúde, a presente investigação entrevistou 15 profissionais de saúde e 16 utentes imigrantes. Os resultados contemplaram questões relativas aos desafios colocados pelos profissionais e pelos utentes imigrantes nos atendimentos (barreiras linguísticas, barreiras culturais, adaptações do trabalho), as principais problemáticas de saúde enfrentadas pela população imigrante atendida (saúde mental, determinantes sociais em saúde, doença crônica, literacia em saúde) e as potencialidades deste trabalho.

PALAVRAS CHAVE: competência cultural, saúde, imigração, saúde pública.

[ABSTRACT]

It is known that the immigration phenomenon is increasing and becoming a reality in Portugal. There are several challenges to deal with the changes and the different needs that this phenomenon imposes. In the field of health, there are many studies within the Social and Human Sciences that highlight the weaknesses of health services that are taking into account the various contexts and issues surrounding the migratory phenomenon. In this sense, cultural competence in health seems to be a possible way out for the production of care, as it goes against the extremes. They tend to disregard cultural differences and possible vulnerabilities imposed on the condition of immigration (*cultureblind*). Another extreme view is to ignore the individual experiences of each person in their migratory trajectory and creates responses that pathologize and further widen the gaps between 'us' versus 'them'.

Therefore, the Unidade de Saúde Familiar da Baixa (Family Health Center) serves as a case study, as it is located in a territory characterised by the presence of immigrants from different parts of the world. A media narrative was built around this Unit as a good health practice, especially regarding the needs of immigrant users that it assists. Under the theoretical subject and the reflections of the concept of a) Cultural Competence in health, b) Primary Health Care and c) the main health problems that affect the immigrant population, the present dissertation aims to investigate the strategies created by the Unidade de Saúde Familiar da Baixa, based on the interface between immigrant client and health professional.

KEYWORDS: cultural competence, health, immigration, public health.

[RÉSUMÉ]

Le phénomène de l'immigration est une réalité de plus en plus présente au Portugal. Il existe donc plusieurs défis à relever pour faire face aux changements et aux différents besoins que ce phénomène impose. Dans le domaine de la santé, de nombreuses études dans le domaine des sciences sociales et humaines pointent le manque de services de santé consciemment adaptés aux divers contextes et problèmes liés au phénomène migratoire. En ce sens, la compétence culturelle en matière de santé semble être une issue possible pour la production de soins, dans la mesure où elle va à l'encontre des extrêmes qui font fi des différences culturelles et des vulnérabilités éventuelles imposées à la condition d'immigré. Ou qui ignorent l'expérience individuelle de chaque sujet dans leur trajectoire migratoire, et créent des réponses qui pathologisent et élargissent encore les fossés entre « nous » et « eux ».

Par conséquent, l'Unidade de Saúde Familiar da Baixa constitue une étude de cas, car elle est située sur un territoire dont la principale caractéristique est la présence d'immigrants de différentes régions du monde. Une narration médiatique a été construite autour de cette unité en tant que bonne pratique de santé, en particulier en ce qui concerne les besoins des utilisateurs immigrants à qui elle apporte son aide. Sous la lumière théorique et les réflexions du concept de compétence culturelle, des soins de santé primaires et des principaux problèmes de santé qui affectent la population immigrée, le travail ci-présent a pour objectif d'examiner les stratégies créées par le Unidade de Saúde Familiar da Baixa, sur la base de l'interface entre client immigrant et professionnel de la santé.

MOTS CLÉS: compétence culturelle, santé, immigration, santé publique.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Parte I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	8
1. Contextualização histórica dos processos migratórios e políticas de saúde em Portugal.....	8
1.1. Evolução da população estrangeira.....	8
1.2. Políticas públicas de cooperação e integração.....	15
2. A saúde da população imigrante em Portugal: teorias explicativas, indicadores, acesso e determinantes sociais em saúde.....	20
2.1. As teorias e as vertentes explicativas da saúde da população imigrante.....	21
2.2. Indicadores de saúde da população imigrante.....	25
a) Doenças infectocontagiosas.....	28
b) Adoecimento crónico.....	30
c) Saúde Mental.....	32
d) Saúde sexual e reprodutiva.....	33
e) Saúde materna e infantil.....	35
2.3. O acesso dos imigrantes aos serviços de saúde.....	35
2.4. Determinantes sociais em saúde e a interseccionalidade na vida dos/das imigrantes.....	42
3. Competência cultural em saúde: o novo paradigma do cuidado?.....	46
4. Unidade de Saúde Familiar: o contraponto na biomedicina.....	55
4.1. Abordagem do Cuidado Centrado na Pessoa.....	57
4.2. Evolução do modelo de Cuidados em Saúde Primária em Portugal.....	60
Parte II: ESTUDO DE CASO.....	65
1. Aspectos Metodológicos.....	66
1.1. Participantes.....	69
1.2. Questões éticas.....	69
2. Estudo de caso: a Unidade de Saúde Familiar da Baixa.....	70
2.1. Caracterização.....	71
a) Público-alvo.....	71
b) Utentes Imigrantes da USF da Baixa.....	72
c) Funcionários.....	72
d) Carta de serviços básicos.....	73
e) Horários e organizações.....	74

f) Acesso ao serviço.....	74
2.2. O território de cuidado: a zona da Baixa.....	75
2.3. As narrativas midiáticas acerca da USF da Baixa: a construção da “ilha da tolerância”.....	77
3. Resultados e discussões.....	79
3.1. Desafios.....	79
a) Barreiras linguísticas.....	79
b) Barreiras culturais.....	81
c) Adaptações e frustrações no trabalho.....	83
3.2. Principais problemáticas em saúde.....	85
a) Determinantes sociais em saúde.....	85
b) Saúde Mental.....	87
c) Adoecimento Crônico	93
d) Literacia em saúde.....	95
3.3. Potencialidades do cuidado em saúde.....	95
a) Escolha do trabalho.....	96
b) Habilidades e competências pessoais e profissionais.....	96
c) Jovens profissionais de saúde.....	97
d) Novo lugar do cuidado da saúde familiar.....	98
3.4. Percepção das relações entre utente e profissional de saúde.....	99
3.5. Estratégias e projetos desenvolvidos pela USF da Baixa.....	101
a) Parentalidade Positiva e Maternidade Ativa.....	101
b) Bengalisboa.....	101
c) Prescrição Social.....	103
d) Tradução de panfletos e manuais em saúde.....	104
3.6. Limites.....	104
a) Tempo de consulta.....	104
b) Formação continuada.....	105
c) Mediador cultural.....	106
d) Falta de mais rede de cuidados de assistência.....	106
4. Considerações Finais.....	111
5. Referências.....	115

Siglas e/ou abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centro de Saúde

ACIDI – Alto Comissariado para as Imigrações e Discriminação e Intercultura

ACM – Alto Comissariado para as Migrações

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CSP – Cuidado de Saúde Primários

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

MIPEX – Migration Integration Policy Index

OM – Observatório para as Migrações

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhado

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFB – Unidade de Saúde Familiar da Baixa

INTRODUÇÃO

A mobilidade humana pela face do planeta, apesar de ser um fenômeno humano milenar, tem chamado cada vez mais atenção pela sua intensidade. No mundo, o número de migrantes atualmente atinge a marca de 258 milhões pessoas em situação de deslocamento internacional. Deste número, aproximadamente 78 milhões de imigrantes se concentram no continente europeu (United Nations, 2017).

Portugal, país onde, segundo Magalhães Godinho (1978), a emigração “é uma constante estrutural da história portuguesa”, tem visto isso se transformar gradativamente para marcas de um país que é também receptor. Até à independência das colónias africanas, em 1975, Portugal revelava uma proporção assimétrica entre o número de saídas e o número de entradas, sendo seu saldo migratório negativo – mais saídas que entradas. Entre muitas idas e vindas, o fluxo migratório português é resultado de diversos eventos históricos como o processo de descolonização, entrada na UE, crise de 2011-2015 e intensificação das relações com o Brasil pós-democratização. Eventos estes que tornam o fluxo migratório português multifacetado, complexo e não linear, em que faz-se necessário o reconhecimento das suas particularidades (Peixoto et al, 2017; Góis e Marques, 2018).

De acordo com o relatório publicado em 2018 pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2018), no ano de 2017, a população de nacionalidade estrangeira com estatuto oficial de residência alcançou seu maior número desde 1976 com um total de 480.300 pessoas, representando 4,1% da população residente no país.

Esse rápido crescimento e a multiplicidade de origens implicam no aparecimento de diferentes necessidades no que toca as áreas sociais. Países receptores onde prevalece o regime democrático vêm sendo forçados a repensarem suas estruturas (materiais, sociais, culturais e políticas) para darem conta das diferentes demandas apresentados por essa população. Nos Estados-membros da UE, os imigrantes são percebidos de forma diversa; porém, tem vindo a crescer o número daqueles em que são considerados um dos principais problemas para os sistemas de saúde, e esta ideia é fomentada por uma narrativa que se vê fortemente sendo instrumentalizada para dar forma aos discursos políticos anti-imigração.

Em Portugal, a passagem de um país dantes emissor de pessoas, para país simultaneamente emissor e receptor, conduziu a uma necessidade de considerar novas perspectivas exigidas pelo cenário diverso que se concretizava. A criação do atual ACM,

inicialmente denominado ACIME, nos anos 1990, foi um sinal da vontade e da necessidade de colocar fluxos migratórios e seus desafios na agenda desse país.

Estas novas configurações demográficas e novas realidades sociais foram também refletidas nas dinâmicas das produções acadêmico-científicas das mais múltiplas áreas de conhecimento e instituições. Muitos desses estudos, principalmente na área das ciências sociais e humanas, privilegiaram questões atreladas as dimensões de integração dos imigrantes, nomeadamente as vertentes relacionadas a habitação, emprego e educação, mas não dando a devida atenção a outras áreas que compõe igualmente a dimensão da integração, como a saúde (Dias et al, 2018).

A assunção, à escala da UE, de uma política de integração que trata os imigrantes como nacionais, a partir da viragem do século, foi um momento de viragem também para Portugal. Contudo, a mudança não foi ditada unicamente por razões éticas. Do ponto de vista da saúde pública na UE, o acelerado crescimento das populações migratórias que se fixam com as suas famílias ou aqui se estabelecem e formam família, e as escassas respostas em políticas de acesso à saúde para essa população, causaram a urgência de tratar o assunto no campo saúde pública no intuito de reduzir as sérias ramificações das consequências dos problemas nas populações imigrantes (Carballo e Nerurkar, 2001).

Atualmente, os debates que servem de pano de fundo para se discutir a saúde da população imigrante, haja em vista o desafio colocado para as sociedades receptoras, são peça central da agenda política. Em Portugal, muitos autores deflagram uma escassez de informação no que diz respeito ao estado de saúde da população imigrante, mas afirmam que há uma realidade de iniquidades em saúde que atinge essa população, que precisam ser ultrapassadas (Dias e Gonçalves, 2007; Dias et al, 2018).

A saúde é reconhecida como um importante indicador de integração das populações migrantes e desenvolvimento das comunidades receptoras, de impacto em quase todas as áreas da vida (influencia na capacidade de entrada no mercado de trabalho, no sistema de ensino, no aprendizado da língua do país receptor, participação na esfera pública, etc.) (OIM, 2019; COM, 2018). Diversos estudos no campo da saúde consideram a população imigrante um grupo impactado pelas vulnerabilidades sociais e com maiores riscos de adoecimento de várias ordens (doenças cardiovasculares, problemas em saúde mental, doenças infectocontagiosas etc.), quesito ainda mais problemático quando adicionadas outras categorias sensíveis como, por exemplo, as mulheres grávidas (Padilla e Miguel, 2009; Pussetti et al, 2009; Rocha, Dias e Gama, 2010; Dias et al, 2015; Weine e Kashuba, 2012; Backstrom, 2002).

O direito à saúde é uma condição salvaguardada por instituições e tratados internacionais como a constituição em 1946 da Organização Mundial da Saúde¹, que prevê a saúde como direito independentemente de “raça, religião, orientação política, condição econômica ou social”, e também na Declaração Universal de Direitos Humanos, publicados dois anos mais tarde, em 1948, a saber que todos “têm direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar (...) cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.”²

Especificamente em Portugal, a nível institucional, a Constituição vai ao encontro das orientações internacionais e reconhece direito de proteção à saúde a todos (artigos 15º e 64º)³. Mas apenas em 2001, o Ministério da Saúde cria o Despacho nº 25.360 em 16 de novembro, que irá dirigir-se diretamente aos estrangeiros no que diz respeito a garantia do acesso à saúde. Com esta interpretação da norma o imigrante regular passa a ver reconhecido o acesso aos serviços de saúde como qualquer cidadão português, e o imigrante irregular possui um cartão temporário de utente apresentando um documento da Junta de Freguesia. Contudo, mesmo sendo considerado um dos países da Europa, formalmente, mais generoso para seus imigrantes, alguns estudos demonstram que, na prática, diversas falhas macro e micro estruturais influenciam direta e negativamente nos cuidados e no acesso à saúde por parte dos imigrantes em Portugal (Backstrom, 2002; Fonseca et al, 2007; Pussetti, 2010; Oliveira et al, 2017).

Além de fatores como escassez de recursos económicos, estudos revelam uma série de outras barreiras existentes entre o utente imigrante e o serviço de saúde no país, tais quais: i) perspectiva acerca da saúde x doença; ii) desinformação dos direitos dos imigrantes tanto por parte dos profissionais de saúde como pelos próprios imigrantes; iii) comunicação; iv) racismo e estigmas; v) relações assimétricas ou mesmo de poder ; vi) falta de compreensão de contextos culturais/religiosos; vii) burocracia (Backstrom, 2002; Luck e Gonçalves, 2003; Fonseca et al, 2007; Ramos et al, 2008; Rodrigues e Dias, 2012; Pussetti e Barros, 2012; Dias, Santos, 2015).

O debate em torno do acesso à saúde dos imigrantes implica levar em consideração tanto o âmbito macro-estrutural (fatores políticos, económicos, culturais), quanto o âmbito micro

¹ Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

² Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>

³ Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

(construção e manejo dos vínculos estabelecidos entre indivíduo e serviço/profissional de saúde; as percepções individuais sobre corpo, saúde, doença e cura). Ambas dimensões atuam de modo recíproco e dialógico.

Alguns desses entraves no acesso à saúde traduzem falta de competência cultural em contexto em que o cuidado se faz presente. O acesso ao sistema de saúde passa pela adoção de práticas que precisam dar conta de outros olhares de compreensão do corpo, da saúde, do adoecimento e da cura. Estes novos olhares precisam ser investidos de dimensões mais alargadas e que contemplem o indivíduo como um ser biopsicossocial (Engel, 1977) e cultural (Estrela, 2009), que vai para além de um olhar protocolar biomédico e suas relações assimétricas, ou mesmo de poder, que querem educar e, portanto, de alguma forma, disciplinar e corrigir (Foucault, 2011; Pussetti e Barros, 2012; Inda, 2006).

Para dar conta da diversidade em que se pode olhar para um fenômeno único de adoecimento, a biomedicina precisaria se alargar em suas bases culturais e permitir a entrada de outras compreensões e sistemas de conhecimento e apreensão da realidade existentes. Essa tentativa de concepção da prática biomédica como não-hegemônica é um dos reconhecimentos feitos pela competência cultural em saúde que, por sua vez, permite dar conta das especificidades culturais e sociais dos usuários dos serviços de saúde (Santinho, 2013; Pussetti, 2017). Portanto, é a partir desse exercício que se cria a possibilidade de desconstrução da hegemonia da prática biomédica como sendo única verdade científica e único saber terapêutico válido. Cross (1986), a partir de estudos com crianças e adolescentes imigrantes com agravos na saúde mental, define a competência cultural como sendo um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas que organizam um sistema em que os profissionais são capazes de trabalhar efetivamente em contextos em que seja preciso um olhar sensível para questões inter e intraculturais.

O autor nos convida a pensar que todo e qualquer sistema de saúde possui seu conjunto de crenças e práticas que por sua vez são trazidas por heranças e experiências da cultura que dão significados ao mundo (Geertz, 1989). Esses saberes em saúde são revelados nos *itinerários terapêuticos* (Mângia e Muramoto, 2008) escolhidos por cada indivíduo para agenciamento dos processos de cura e prevenção, mas também influenciam no entendimento sobre o processo de adoecimento e de saúde do próprio corpo (Backstrom, 2011).

A importância do olhar crítico para a revalorização da dimensão cultural também é bem-vinda nessa discussão. Alguns autores salientam as problemáticas decorrentes de um olhar essencializador das culturas. Essa noção reforça ainda mais a ideia de abismo existente entre

“nós” e “eles” e, porventura, pode assumir aspectos de um “racismo cultural” em que há uma patologização da experiência migratória (Santiago-Irizarry, 2001; Fassin, 2006; Pussetti, 2006;). A necessidade de compreensão total da noção de competência cultural se faz importante para garantir que não seja utilizada como um modelo acrítico e replicado para todo e qualquer caso.

A ideia da competência cultural é de abrir o espectro de atenção e de cuidados em saúde que estão em grande parte engessados por somente uma visão cultural única da percepção do processo saúde/doença, a biomédica. Através dessa abertura, manter uma prática de respeito pautado em uma comunicação e construção de vínculos em que ambos, utentes e profissionais de saúde, constroem a relação juntos. Nessa perspectiva os usuários dos serviços de saúde são considerados como sujeitos empoderados, autores e agentes do seu processo de saúde (Pussetti, 2017).

A Unidade de Saúde Familiar pautada na estratégia de cuidados de saúde primários é considerada como modelo de cuidado de proximidade, sensível às necessidades continuadas em saúde de um determinado território. A partir do seu carácter fundado na perspectiva Centrada na Pessoa (Rogers, 1977; Morgan e Yoder, 2012; Louw et al, 2017), as unidades de saúde familiares são espaços que exercem um cuidado culturalmente competente. Segundo Estrela (2009, 47), a prática de cuidado continuado de cada utente e suas famílias, de prevenção e promoção em saúde, reúne condições para implementação de um modelo biopsicossocial cultural de saúde, “já que se poderão aperceber mais facilmente das interações complexas existentes entre o componente físico, psicológico, social da doença e da importância que os aspectos culturais têm nas atitudes e comportamentos dos indivíduos, como resposta à situação de saúde ou de doença”. Este modelo de saúde tem a potencialidade de apostar na *produção do cuidado* que, segundo Mehry (1999), não tem objetivo centrado na cura, mas na produção do cuidado que é criado a partir do vínculo entre usuário do serviço de saúde e profissional/serviço de saúde, que por sua vez viabiliza o processo de cura.

O presente trabalho está situado em uma perspectiva interdisciplinar do campo da migração e saúde. Este trabalho deu a possibilidade de abranger elementos cruciais da minha formação de base académica, a psicologia, e que se enriquece ao incluir elementos de outras áreas das ciências sociais e humanas, nomeadamente, a antropologia e sociologia, a fim de compreender, de forma mais complexa, o tema aqui proposto abrangido pelas migrações. Assim, esta investigação focaliza-se no estudo de caso da Unidade de Saúde Familiar da Baixa, em Lisboa, para como caminho de reflexão dos conceitos desdobrados ao longo do trabalho.

A investigação vai na direção, como objetivo central, compreender, de forma crítica, por que esta instituição é considerada uma boa prática de competência cultural na aproximação das necessidades em saúde da população imigrante. Optou-se por perceber a relação dinâmica estabelecida entre utente imigrante – unidade de saúde – profissional de saúde, bem como as ações implementadas para melhoria do acesso e vínculo da população imigrante à instituição, os desafios que são colocados aos profissionais de saúde diante dessa temática, a validação dos utentes e os avanços sentidos em direção a redução das barreiras do acesso em saúde.

Esta dissertação está dividida em duas partes: a primeira é dedicada ao aspecto teórico-conceitual, no qual estarão as bases que alicerçam e localizam os pontos de partida da presente discussão; e a segunda, ao aspecto metodológico, explicitando a escolha do percurso e técnicas metodológicas, aos resultados alcançados neste estudo e as discussões feitas a partir disso. O primeiro enquadramento encontra-se subdividido em quatro capítulos. No capítulo 1, encontrar-se-á uma breve discussão das principais tendências dos fluxos migratórios ocorridos em Portugal levando em consideração a evolução histórica, desde a descolonização, até os dias atuais.

O segundo capítulo esforça-se a entender o estado de saúde da população imigrante, à luz das principais teorias explicativas sobre a saúde; serão igualmente considerados os principais desafios e respostas identificados em Portugal por pesquisadores, profissionais de saúde e funcionários da administração pública em relação ao acesso à saúde e aos determinantes sociais em saúde que afetam a condição de vida desta população.

O terceiro capítulo abordar-se o conceito central da competência cultural em saúde, as principais correntes teóricas que dão origem a este construto, a noção de cultura implicada e que embasam, muitas vezes, o fazer competente cultural. Além disso, este capítulo também explicita os principais percalços e críticas que possui este conceito dentro do âmbito da saúde.

Já o quarto capítulo se debruça a explicar a construção e evolução dos Cuidados de Saúde Primário (CSP) em Portugal, dando mais atenção para a criação das Unidades de Saúde Familiar, sua mais-valia e proposta em termos de saúde pública.

Na segunda parte, consagrada ao enquadramento metodológico, explica-se o percurso metodológico escolhido para responder à pergunta-problema e analisa-se os resultados do estudo de caso a partir da discussão crítica do modelo de “boas práticas” enunciado por Beatriz Padilla e outras (2012), com base nas categorias de proximidade, dinâmica de poder e capacitação continuada. É utilizada também a perspectiva de *interface* colocada por Pussetti (2014) em que visa um trabalho nas margens e fronteiras do encontro entre utentes e

profissionais de saúde, privilegiando narrativas em que possam exprimir o universo relacional dado a partir desse encontro. A partir dos resultados obtidos com esta investigação, procura-se, nas conclusões finais, regressar à teoria e avaliar os seus méritos explicativos.

Parte I: Enquadramento teórico

1. PROCESSOS MIGRATÓRIOS À POLÍTICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL

1.1. Evolução da população estrangeira

Nos últimos anos Portugal tem assistido uma mudança importante nos seus fluxos migratórios. O país conhecido pela sua imigração residual e forte emigração torna-se, progressivamente, em um país também receptor de pessoas. Um conjunto de eventos de ordem histórica, política e económica marcam esta dinâmica populacional “complexa”, “multifacetada”, não-linear, sustentada em razões e “tempos históricos” diversos (Góis e Marques, 2018, 145).

Os fluxos migratórios que caracterizam a população atual de Portugal possuem aspectos peculiares e específicos em sua história, mas são comparáveis aos países vizinhos da Europa do Sul, possuindo, de acordo com alguns autores, a mesma tendência aos aspectos da imigração: predominância de uma imigração feminina, mercado de trabalho étnicamente/racialmente segmentado, prevalência da economia informal, concentração dos homens no trabalho da construção civil, grande diversidade entre os países de origem, entre os níveis socioeconómicos (Padilla e Ortiz, 2012).

Diversos autores dividem os fluxos imigratórios recebidos em Portugal por períodos históricos. Para tornar o processo das idas e vindas, altos e baixos e complexidades históricas de forma mais didática, Pires (2007), organizou o fluxo migratório em quatro fases importantes.

A primeira fase (1970 até 1980) é marcada pela democratização do regime, com a Revolução de 25 de abril de 1974 e o processo de descolonização. Estes eventos foram um período importante de vinda de pessoas para Portugal, concretizando a primeira vaga em larga escala de imigrantes⁴. Portugal é marcado pelo rápido aumento de população nacional e

⁴ É importante fazer a distinção entre imigrante e estrangeiro. Embora os termos coincidam em algum momento, possuem significados diferentes. Imigrantes, de acordo com a definição da ONU, são pessoas que passam um limite fronteiriço, de um Estado soberano para outro, e se fixam por um período superior a um ano em território distinto daquele onde nasceram. Não é, para o Estado português, um estatuto jurídico. Estrangeiro, por sua vez, é todo o cidadão que não é nacional português, sendo reconhecido pelo Estado português como tal. Muitos estrangeiros nasceram em Portugal, porém, se tiverem pais não portugueses e não possuírem a nacionalidade desde o nascimento, são considerados estrangeiros, podendo embora não ter nenhuma experiência migratória ainda assim. Ou seja, nem todo estrangeiro é necessariamente imigrante.

estrangeira proveniente, sobretudo, dos territórios ultramarinos (Angola, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde), mas também de outras proveniências geográficas onde se tinham acolhido asilados políticos e outros portugueses descontentes com a situação vivida no país.

A chegada dos “retornados” – indivíduos essencialmente de ascendência portuguesa, nascidos maioritariamente em Portugal, mas também naturais do continente africano – foi, segundo alguns historiadores, responsável pela entrada de mais de meio milhão de nacionais que regressam ao país (Baganha et al, 2009); a população estrangeira, por seu lado, passa de 32 mil pessoas em 1975 para 58 mil pessoas em 1980 (Padilla, 2012, 163).

A segunda vaga migratória identificada por Pires (1980 a 1990) é caracterizada pela maior diversidade das origens: crescem os fluxos de Sul da Ásia, Brasil e Europa. Esta diversificação é em geral atribuída à entrada de Portugal na UE (em 1986). É neste período que o país começa uma fase de aquecimento económico, com a maior evidência no sector da construção civil e obras públicas, tornando-se um país atrativo do ponto de vista económico. Neste mesmo ano, o país regista 79.594 estrangeiros com autorização oficial de estadia (trata-se de dado do SEF) , dos quais 44% oriundos de países africanos de expressão portuguesa, reflexo de laços histórico-coloniais (Baganha et al, 2009).

Nesse momento, é perceptível uma maior concentração da população do continente africano nas atividades como serviço doméstico, construção civil e setor industrial, sendo importante para o país suprir algumas necessidades laborais específicas. Enquanto que os provenientes do continente europeu se concentravam em atividades com a exigência de maiores qualificações.

Entre 1990 e 2000, período que Pires define como a terceira fase, ocorre a entrada em vigor do espaço de livre circulação na UE – dito Espaço Schengen. O Tratado de Schengen e a respectiva Convenção constituem um evento político importante para os fluxos migratórios: apesar de algumas restrições, não apenas os cidadãos da UE como alguns cidadãos de países terceiros aí residentes, passam a poder circular livremente através das fronteiras internas da Comunidade da União Europeia. Este espaço de livre circulação interna dá origem a uma ainda maior diversificação da população estrangeira: europeus vindos de outros países da UE e de fora desta (ucranianos, moldavos, romenos e russos, principalmente), sendo de assinalar o aumento da qualificação das pessoas entradas.

Em 1998, viviam em Portugal 190.896 estrangeiros com autorização de estadia no país, correspondendo a 2% da população residente. Esta evolução traduz-se, entre 1980 e 1999, numa

redução da proporção de imigrantes africanos e europeus, e um aumento de pessoas provenientes da Índia, Paquistão e Bangladesh, assim como brasileiros., cujo peso relativo passa de 2% e 7,4%, respectivamente, em 1980, para 4,1% e 10,9%, no ano de 1999). Para Marques e Góis (2018) esse aumento dos fluxos e da diversidade das origens em Portugal é um primeiro sinal de alteração da característica de um país periférico Europeu para se posicionar como também receptor e porta de entrada do sistema migratório europeu”.

Vale ressaltar que nesta época o crescimento do número de imigrantes com estatuto irregular a viver em Portugal aumentou - um efeito paradoxal das leis e medidas que estavam sendo adotadas neste mesmo período. Com a promulgação do Decreto de Lei 244/98, que possibilita a obtenção de autorização de residência a imigrantes irregulares a residir no país, e a entrada de Portugal no Espaço Schengen, o país acaba por ser um destino atrativo para imigrar. Foram registrados mais de 41.401 pedidos de autorização de residência ao abrigo do decreto. Ou seja, mais de 40 mil pessoas estavam irregulares alimentando as necessidades de do mercado e da economia informal que contratavam imigrantes irregulares (Baganha et al 2009) (Reyneri, 2003). Percebe-se que a estrutura do mercado de trabalho favorece a precarização do trabalho de estrangeiros, podendo haver consequências graves na saúde dessa população sujeita a invisibilidade e sem direitos (Goldring e Landolt, 2009).

Após esta operação de regularização, o perfil da população estrangeira residente em Portugal em situação regular pode ser organizado em três grupos: africanos (89.516), europeus (56.731), sul-americanos (25.818), com a presença dominante de brasileiros, e asiáticos (7.871) (Figura 1). Baganha et al (2009) caracterizam a população estrangeira residente com estatuto regular como “bipolar”. Um dos pólos concentra os estrangeiros oriundos dos PALOP, representando a maior parte da população estrangeira, que se concentravam na área metropolitana de Lisboa, essencialmente nos setores da construção civil, dos serviços domésticos e outras atividades com exigência de pouca ou nenhuma qualificação. No outro pólo, encontraríamos brasileiros e europeus, pulverizados geograficamente pelo país, inseridos no setor terciário e com maiores qualificações.

Ano	Total	África ³	América do Norte	América do Sul e Cental	Ásia	Europa ⁴	Outros
1980	58,091	27,748	4,821	6,403	1,153	17,706	260
1981	62,692	27,948	6,018	8,123	1,394	18,931	278
1982	68,153	28,903	6,855	10,481	1,663	19,924	327
1983	79,015	32,481	8,520	13,351	2,219	22,053	391
1984	89,625	37,128	9,887	15,394	2,860	23,896	460
1985	79,594	34,978	7,987	11,567	2,564	22,060	438
1986	86,982	37,829	9,047	12,629	2,958	24,040	479
1987	89,778	38,838	8,623	13,009	3,124	25,676	508
1988	94,453	40,253	8,338	14,645	3,413	27,280	524
1989	101,011	42,789	8,737	15,938	3,741	29,247	559
1990	107,767	45,255	8,993	17,376	4,154	31,410	579
1991	113,978	47,998	9,236	18,666	4,458	33,011	609
1992 ¹	122,348	52,037	9,430	19,960	4,769	34,732	621
1993	136,932	55,786	10,513	21,924	5,520	37,154	696
1994 ²	157,073	72,630	10,739	24,815	6,322	41,819	748
1995	168,316	79,231	10,853	25,867	6,730	44,867	768
1996	172,912	81,176	10,783	25,733	7,140	47,315	765
1997	175,263	81,717	10,573	25,274	7,192	49,747	760
1998	178,137	83,065	10,247	24,579	7,419	52,060	767
1999	190,896	89,516	10,171	25,818	7,871	56,731	789
2000	207,607	98,754	10,201	27,419	8,721	61,709	803
2001	223,976	107,273	10,187	28,856	9,721	67,121	818
2002	238,935	114,386	10,143	30,424	10,935	72,229	818
2003	250,905	118,632	10,124	32,474	11,571	77,053	831
2004	254,034	121,638	10,114	34,778	12,331	74,337	836
2005	274,631	124,541	10,080	37,544	12,837	88,781	849
2006 ⁵	332,137	129,806	10,122	48,586	17,870	124,901	852

Figura 1: Estrangeiros legalmente residentes em Portugal.

Fonte: imagem retirada do artigo Baganha et al (2009) Imigrantes em Portugal: uma síntese histórica.

Ler, História, Imigração. n. 56, p. 115-126. Coimbra: Faculdade de Economia.

No meio destes dois pólos haveria um grupo diverso de estrangeiros, em sua maioria de origem asiática, sobretudo da China e do Paquistão, concentrado na área metropolitana de Lisboa e em atividades mais diversificadas: construção civil, obras públicas e pequeno comércio. Para alguns estudiosos, esta população chama atenção por dois aspectos: o primeiro, por não possuir relações históricas ou econômicas significativas com Portugal e o segundo por apresentar, hoje, principalmente na região metropolitana de Lisboa, comunidades expressivas - caso dos cidadãos provenientes do Bangladesh e do Nepal (Baganha et al, 2009) (Marques e Góis, 2018).

A entrada do milénio marca a quarta fase dos fluxos migratórios (Pires, 2007). Nesta fase, o país passa a ser cada vez mais escolhido por cidadãos de países como Brasil e Ucrânia. Numa situação semelhante à da terceira fase, no começo do milénio, a ausência da necessidade de visto e as facilidades de entrada no país fizeram com que se formasse um novo conjunto de estrangeiros residentes em situação irregular destas duas nacionalidades. Esta situação de irregularidade, apesar de contribuir para suprir as necessidades do mercado de trabalho/laboral, colocava estes imigrantes em condições precárias, sem direitos e marginalizados nas políticas de integração. Com isto, o novo Decreto-Lei 4/2001, regulariza a situação de muitos destes estrangeiros, criando a figura da autorização de permanência. A respeito deste Decreto-Lei, Marques e Góis (2018) nos informam que foram

(...) concedidas 126.901 autorizações de permanência a trabalhadores imigrantes que se encontravam ilegalmente no país. Mais de metade destas autorizações de permanência foram concedidas a cidadãos do Leste da Europa (56%) e 36% a trabalhadores imigrantes provenientes da Ucrânia. Num só ano, o número de imigrantes a residir legalmente no país passou de 208.198 em 2000 para 350.503 em 2001, ou seja, registou um crescimento de 68% (Marques e Góis, 2018,121).

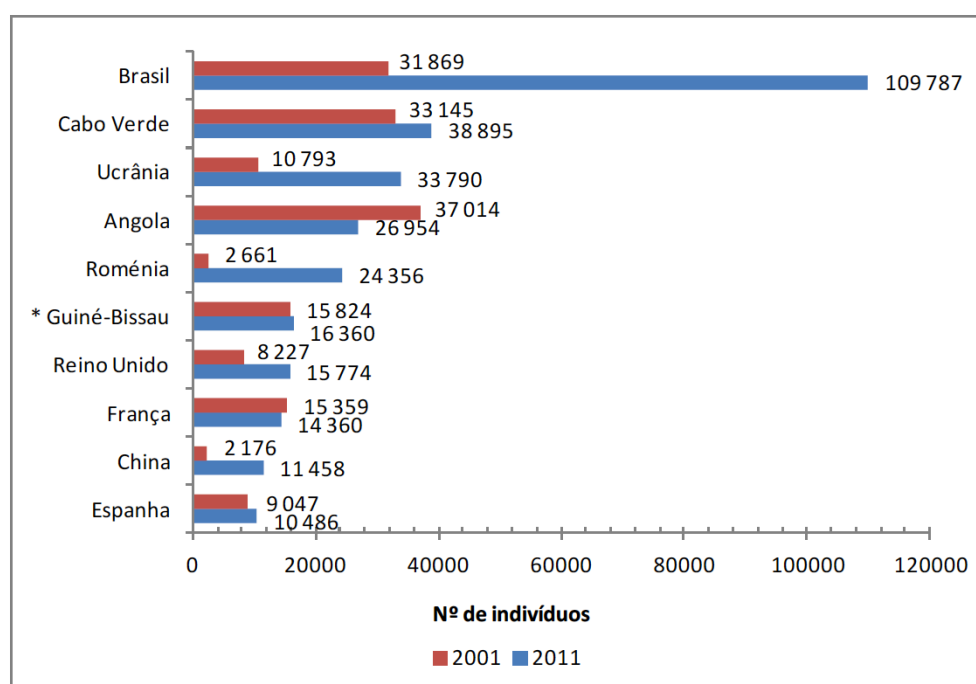
No ano de 2011, Portugal passa a ter saldo migratório negativo (número de saídas excede o número de entradas), pela primeira vez depois de 1992, reflexo retardado da Grande Crise (PORDATA, 2019). Em 2008 acontece a Grande Crise, que começa nos EUA e chega mais tarde a Portugal. Aqui, com a chamada “crise da dívida”, toda a economia do país é afetada. A retração econômica que se seguiu conduziu a dificuldades de inserção profissional, aumentou o desemprego e afetou significativamente a mão-de-obra estrangeira. Há um crescimento da atividade laboral informal, crescimento do desemprego e a diminuição do poder atrativo do país. É nesta fase em que ocorre o fenómeno chamado de “fuga de cérebros” (Cerdeira et al, 2016) e uma considerável queda do contingente de estrangeiros (até mesmo dos grupos mais notados no país como africanos, europeus do leste e brasileiros).

Em 2017, dá-se nova mudança de rumo: o saldo migratório voltou a ser positivo, os fluxos de saída entram em declínio e volta a crescer o número de estrangeiros residentes. Esta oscilação dos números reaviva a caracterização de Portugal enquanto país exportador de pessoas: de acordo com Godinho (1978), a emigração seria uma “constante estrutural”.

Contudo, depois de sete anos de saldo migratório positivo, muitos estudiosos e instituições passaram a afirmar a tendência de Portugal em assumidamente como sendo um país da imigração. Mas, apesar disso, é um dos países com a menor percentagem de estrangeiros

residentes na EU (ocupou em 2018 a 21ª posição entre os países da EU havendo apenas sete países com valores mais baixos) (Oliveira e Gomes, 2018) e com graves fragilidades demográficas que nem mesmo o processo migratório consegue resolver (Peixoto et al, 2017).

Recapitulando: no último recenseamento nacional, de 2011⁵, verificou-se que o número de estrangeiros residentes no país era de 394 496, representando 3,7% da população portuguesa e mais de 70% de crescimento em relação ao censo anterior, realizado em 2001 (Figura 2) (INE, 2011, 2012).



* Informação corrigida de 16 994 para 15 824 (em 20 de dezembro de 2012)

Figura 2: Principais nacionalidades da população estrangeira residente em Portugal, 2011 e 2001.

Fonte: imagem retirada do relatório do INE 2011, 2012.

Atualmente, segundo o SEF, a população estrangeira com estatuto de residente regular que vive em Portugal tem como principais nacionalidades: a brasileira com 105.423 pessoas (21,9%), a cabo-verdiana 34.663 (7,2%), a romena 30.908 (6,4%), a ucraniana 29.218 (6,1%), a britânica 26.445 (5,5%) e a chinesa 25.357 (5,3%) (SEF, 2018).

⁵ Os recenseamentos da população são feitos a cada 10 anos.

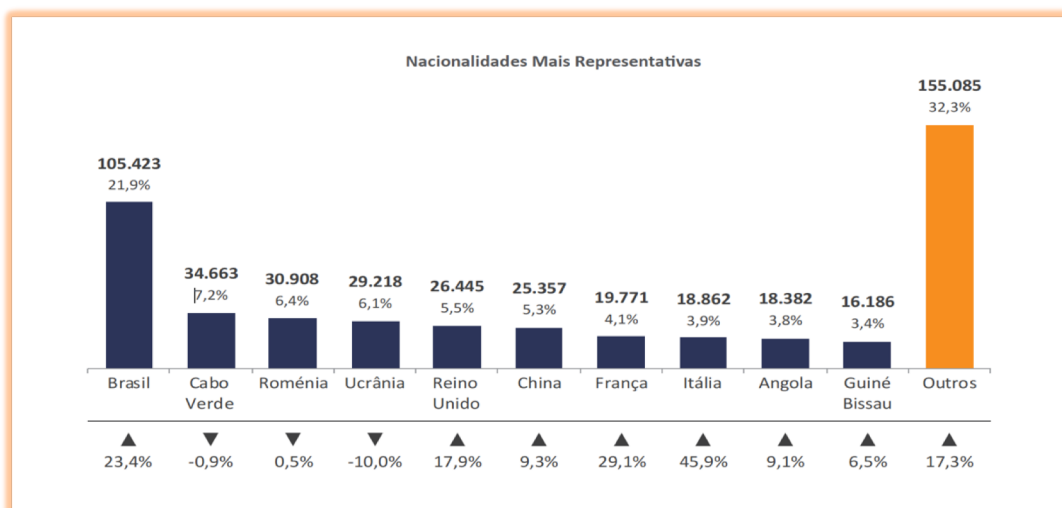


Figura 3: Nacionalidades de estrangeiros residentes em Portugal.

Fonte: imagem retirada do relatório SEF 2018.

Chama atenção o crescimento do fluxo migratório de países “outros”. Nos últimos 4 anos, Portugal, assim como outros países da Europa, tem visto uma presença maior de cidadãos da Ásia, incluindo dos países do Médio Oriente. Além disso, há um retorno de brasileiros a Portugal, por instabilidade política e seus reflexos na economia; o novo perfil é de estudantes ou trabalhadores especializados e também aposentados que vêm em Portugal uma oportunidade pela aproximação na língua e os acordos econômicos.

Algumas notas finais merecem ser aqui mencionadas, antes de avançarmos para a análise do quadro institucional. Impõe-se uma nota sobre o acesso nacionalidade, que faz desaparecer muitos estrangeiros dos radares das estatísticas portuguesas (baseadas na nacionalidade), não deixando, porém, de os manter ativos enquanto imigrantes. No caso de aquisição da nacionalidade portuguesa, o maior volume está concentrado em brasileiros, seguidos por nacionais de Israel, Cabo Verde, Angola, Ucrânia, Guiné-Bissau, Turquia, Índia, Venezuela e Nepal⁶. O que contribui para um cenário cultural diverso que os fluxos migratórios atualmente trazem à sociedade em Portugal.

A outra nota é que vale ainda ressaltar o fenômeno do envelhecimento da população portuguesa, que segue a tendência mundial (Craveiro e Peixoto, 2017). O que leva o Primeiro-

⁶ Esta evolução tem influência direta da mudança da Lei Orgânica nº2/2018, que altera a Lei da Nacionalidade nº37/81, que já sofreu oito alterações desde a sua criação. A nova lei agora permite “o alargamento do acesso à nacionalidade originária e à naturalização das pessoas nascidas em território português” (SEF, 2018).

Ministro português a propor, em 2018, a abertura das fronteiras nacionais a mais de 50 mil imigrantes por ano⁷.

1.2. Políticas públicas de cooperação e integração

A políticas públicas sociais de saúde, incluídas as políticas de cooperação e integração, é um caminho interventivo importante para atuação no campo social, na diminuição das desigualdades e promoção da cidadania.

No que diz respeito ao acesso à saúde, alguns estudiosos entendem que o fato de a Constituição da República Portuguesa de 1976⁸ fazer, pela primeira vez, menção ao direito à saúde de “todos”, abarca ipso facto imigrantes e estrangeiros. De facto o artigo 64º estabelece que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, sendo complementado pelo artigo 15º que compreende que “os estrangeiros e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português”.

No que toca às relações internacionais, um ano mais tarde, em 1977⁹, o Decreto nº24/77 “aprova o Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde”, aprovando um protocolo adicional com o Decreto nº129/80. No mesmo ano, Portugal também assume um Acordo de Cooperação Internacional entre o Estado português e o Estado de São Tomé e Príncipe, com o Decreto nº25/77¹⁰. Neste caso, como no de Cabo Verde, Portugal estabelece acordo no domínio da saúde, fixando um número máximo de doentes a serem assistidos em Portugal por cada ano civil.

Na segunda fase da periodização adoptada (1980-1990), também haverá assinaturas de acordos bilaterais no domínio da saúde que estreitam laços pós-coloniais com os países africanos. É estabelecido um acordo com Angola e Moçambique, em 1984, com os Decretos do Governo nº 39/84¹¹ e 35/89¹², respectivamente.

⁷ Disponível em: <https://www.dn.pt/portugal/interior/governo-defende-a-entrada-de-75-mil-imigrantes--9502168.html>

⁸ Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP1976.pdf>

⁹ Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/140523/details/normal?p_p_auth=x9oxm0Kd

¹⁰ Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/se...>

¹¹ Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/385829/details/maximized>

¹² Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-do-Governo-n.º-35-84.pdf>

Inaugurando a terceira fase (1990-2000), no ano 1992, chegou a vez da Guiné-Bissau entrar em acordos bilaterais de saúde com Portugal. O Decreto nº44/92 estabelece o número máximos de doentes guineenses por cada ano civil a serem assistidos em Portugal, assim alargando as medidas de cooperação externa em matéria de saúde, iniciadas na fase anterior, a todas as antigas colónias africanas e assumindo Portugal o papel de instituição de acolhimento de fim de linha em matéria de saúde para os nacionais dos países africanos de expressão portuguesa.

Em 1994¹³, é assinado o acordo com o Brasil de Segurança Social que abrange a proteção em casos de doença e/ou maternidade. Embora nos casos dos países africanos se trate de acordos de cooperação, que também revertem a favor dos que passam a residir em Portugal por razões de saúde; no caso deste acordo com o Brasil, trata-se explicitamente de um acordo que prevê reciprocidade em matéria de acesso a saúde e segurança social para os nacionais que residam no outro país.

Mas o ato inaugural de uma política de integração ocorre em 1995, quando Portugal promulga o Decreto-Lei n.º 296-A/95¹⁴ que cria novos organismos na Lei Orgânica do Estado. Dentre eles é criado o Alto-Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) - atual ACM. Esta instituição se faz importante para reunir e discutir uma série de ações para a integração dos imigrantes na sociedade portuguesa. É com este organismo que se dá voz a preocupação com as demandas dos imigrantes.

O ACIME neste ano inaugural propõe uma série de iniciativas a propósito da integração dos imigrantes em território português. São propostas ações que eliminem as restrições legais de acesso dos estrangeiros e que possam contribuir para a melhoria das condições de vida dos imigrantes em Portugal, nomeadamente, ações como processos de regularização, acesso ao mercado de trabalho, direito a participar da comunidade política, reagrupamento familiar, direito a escola e formação profissional, política de habitação e proteção social aos imigrantes (ACIME, 1996). A saúde, atravessando todos os setores sociais e sendo componente importante para a integração, só será uma preocupação específica quase 10 anos depois.

¹³ Disponível em: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/219490/details/maximized?print_preview=print-preview&perPage=100&q=Constituição+da+República+Portuguesa

¹⁴ Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/455465/details/maximized>

Com o Decreto-Lei 244/98 e mediante acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), nos finais de 2000, existiam 41.401 pedidos de concessão de autorizações de residência ao abrigo do artigo 88º dessa norma. Ou seja, reconhecia-se oficialmente que existiam no país pelo menos 41.401 estrangeiros residentes em situação irregular (Baganha et al, 2009).

Os efeitos da terceira regularização dos estrangeiros foram ainda mais significativos, tendo-se verificado o aumento de 68% da população estrangeira em apenas um ano, que passa de 208.198 no ano 2000 para 350.503 em 2001 (SEF, 2001).

As nacionalidades que conquistaram maiores número de autorizações de permanência concedidas ao abrigo do DL nº4/2001 foram: ucraniana (43.233 pessoas), brasileira (23.713) e cabo-verdiana (5.488). Há uma perplexidade de alguns historiadores com o intenso crescimento e em curto período de tempo de cidadãos dos países do leste europeu (Baganha et al, 2009). O motivo desta perplexidade assemelha-se com o fenómeno de imigração dos cidadãos de Bangladesh e do Nepal: parcos laços históricos, culturais e políticos.

“(...) o aproveitar de oportunidades conjunturais relacionadas com a possibilidade de inserção praticamente imediata no mercado de trabalho, de uma regularização simplificada e de uma rede estruturada de resposta rápida e eficaz por parte de uma indústria das migrações, sediada nos países de origem, tornou Portugal um destino atrativo para imigrantes improváveis. Em síntese, podemos afirmar que foi a conjuntura económica em simultâneo com o lançamento de grandes projetos públicos e com os sinais decorrentes da política migratória portuguesa os responsáveis pelo intenso fluxo (e pelo posterior refluxo) (...)” (Baganha et al, 2009, 17).

Esta reflexão exemplifica a ideia dos fluxos migratórios como complexos e parte sempre da compreensão de um conjunto importante de eventos históricos, políticos, culturais e económicos. Quando uma história de imigração é contada em um país, isso significa que uma história (e causa) de emigração é contada noutro. Os fluxos migratórios, muitas vezes, não são lineares e se seguidos podem contar narrativas diversas que atravessam culturas, momentos históricos e sociais de um território e de pessoas.

O ano de 2001 foi um ano importante para alguns ganhos, mesmo que tímidos, no que diz respeito as políticas de proteção à saúde. É assinada a Portaria nº 30/2001 que define os termos do acesso ao SNS dos requerentes de asilo. E, no final do mesmo ano, o Despacho do Ministério da Saúde nº25.360/2001¹⁵ vai esclarecer e reafirmar a utilização do SNS por parte

¹⁵ Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2001/12/286000000/2059720598.pdf>

de cidadãos estrangeiros com ou sem autorização de residência. O fato de não ter o peso de uma lei faz com que o cumprimento dessa norma seja pouco e desigualmente praticado. Contudo, dá indícios de um começo da preocupação no que diz respeito à saúde dos imigrantes. Mais tarde, em 2009, será lançada uma Circular Informativa¹⁶ que clarifica o acesso dos estrangeiros ao SNS, principalmente destinado aos serviços de saúde que desconheciam o Despacho. Esta circular confere que

(...) Os imigrantes que sejam titulares de autorização de residência, regulamentada nos termos consignados na legislação da imigração em vigor, podem efectuar a sua inscrição junto do Centro de Saúde da área da residência ou na Loja do Cidadão. (...) Os imigrantes que não sejam titulares de uma autorização de residência ou que se encontrem numa situação irregular face à legislação da imigração em vigor, têm acesso ao Serviço Nacional de Saúde apresentando um documento da Junta de Freguesia da sua área de residência que certifique que se encontram a residir em Portugal há mais de noventa dias, conforme o disposto no artigo 34o do Decreto Lei nº135/99 de 22 de Abril.

O Plano Nacional de Saúde de 2004 estabeleceu dois guias que se referiam as prioridades e as orientações estratégicas para serem alcançadas entre 2004 e 2010. Em uma dessas orientações e prioridades visava-se combater situações de pobreza e exclusão que identificavam os imigrantes como parte dos grupos sociais mais vulneráveis. O plano também se referia à tarefa de “adequar os recursos e criar Centros de Saúde ou mobilizando unidades móveis, em comunidades consideradas mais desfavorecidas, com recursos que permitam aos serviços de saúde adequar-se às necessidades dos imigrantes, minorias étnicas e pessoas sem-abrigo e de outras populações desfavorecidas” (Ministério da Saúde, 2004).

Ainda neste mesmo ano o Decreto-Lei nº67/2004¹⁷ cria um registro nacional para menores estrangeiros que se encontram em situação irregular no país visando a proteção dos seus direitos de acesso à saúde e à educação.

Ambos os documentos, Plano e Decreto, significaram uma importante inovação institucional para fazer face as iniquidades em saúde da população imigrante, em relação à qual, apesar de os dados em saúde serem inexistentes na época, já se tinha a noção de que se verificavam situações de exclusão social e vulnerabilidades.

¹⁶ Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsdmd-de-07052009-pdf.aspx>

¹⁷ Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/211033/details/maximized>

Em 2007, cria-se o ACIDI, que resulta da fusão do ACIME com outras estruturas de apoio técnico e instituições. Agora esta organização tem atribuições como “contribuir para a melhoria das condições de vida e de trabalho dos imigrantes em Portugal, de modo que seja proporcionada a sua integração com dignidade, em igualdade de oportunidade com todos os cidadãos nacionais”. Também em 2007 a Presidência portuguesa do conselho da União Europeia organiza uma conferência internacional: “Health and Migration: better health for all in an inclusive society”. Pela primeira vez o debate sobre a saúde da população imigrante ganha destaque na agenda política.

Em 2002, a Fundação Calouste Gulbenkian promoveu um programa reconhecido de qualificações de médicos imigrantes com o propósito de uma maior diversificação das origens dos perfis de qualificação e ultrapassar as dificuldades associadas à integração destas populações. O projeto teve duração de três anos e meio e apoiou um total de 120 médicos imigrantes.

Em 2008, “para a resolução de carências sentidas no âmbito da prestação de cuidados em saúde”, lançou-se o Programa Integração Profissional de Médicos Imigrantes. Este programa previa o apoio a integração de 150 médicos imigrantes que se encontrassem a residir legalmente em Portugal, com licenciatura em medicina obtida fora da União Europeia. E em 2010 há a prorrogação da duração desse programa com a admissão de mais médicos imigrantes.

Dentro das novas configurações globais, e falando do caso português em específico, as imigrações com seus altos e rápidos crescimentos exigiram e continuam exigindo uma série de respostas igualmente rápidas que abrangem diversos setores da sociedade. As diferentes e movediças necessidades que estes fluxos migratórios expressam são resultado de uma série de desafios e problemáticas com os quais os imigrantes lidam no país receptor, que ainda não possuem respostas e que também está enfrentando dificuldades nesse refazimento de estruturas e pensamentos.

Apesar de estar entre um dos países europeus em que mais pensa a condição imigratória e que possui leis para favorecimento da legalização e saída da irregularidade (MIPEX, 2015). Ainda é possível perceber alguns setores que precisam ser reforçados nesta lógica de integração e de maior inclusão cultural. No setor da saúde, em especial, onde há tradição das práticas culturais biomédicas, percebe-se uma morosidade nas respostas mais culturalmente sensíveis, resultado das dificuldades que enfrenta com o recente cenário multicultural português.

2. A SAÚDE DA POPULAÇÃO IMIGRANTE EM PORTUGAL: teorias explicativas, indicadores, acesso e determinantes sociais em saúde

O estado de saúde é uma dimensão importante para avaliar a integração da população imigrante nas sociedades receptoras (OCDE, 2018). Cada vez mais vem sendo reconhecido os possíveis impactos da imigração na saúde dos imigrantes advindos, muitas vezes, pela partilha de diversas condições, apresentadas pelo país receptor, que torna esta população vulnerável. Por isso, a temática da saúde dos imigrantes ganha preocupação internacional e cada vez mais visibilidade na agenda da saúde pública.

Em Portugal, por ser um país com marcas profundas da emigração, a saúde da população imigrante é uma preocupação recente. Os poucos estudos que surgem referentes aos construtos “saúde” e “imigração” juntos em análise, eram relacionados aos riscos de transmissão de doenças dos imigrantes para a população autóctone. Com este carácter higienista e epidemiológico inauguram as literaturas da medicina tropical e saúde pública que investiam os seus olhares ao imigrante na construção de um “outro” que é portador de doenças e riscos para a saúde (Gonçalves et al, 2003; Padilla, 2017).

Os primeiros estudos interessados na saúde da população imigrante começam, timidamente, no final dos anos 80 e início dos anos 90. Estes estudos reconheceram os imigrantes como um grupo particularmente vulnerável em Portugal e enumeraram as dificuldades encontradas como barreiras ao acesso à saúde, além de denunciarem a subrepresentatividade desta população, maioria dos países africanos, nos centros e serviços de saúde (Espinosa et al, 1989; Calado, Silva e Guerreiro, 1997; Luck et al, 1999).

Para Padilla (2017, 274) esta mudança aconteceu devido a entrada das Ciências Sociais nos estudos da população imigrantes e dos determinantes sociais em saúde. Para a autora, “o interesse das ciências sociais pela temática da saúde e migrações levou a que se desenvolvessem estudos sobre questões mais abrangentes que consideravam os determinantes da saúde e os condicionantes sociais e culturais que ultrapassam o epidemiológico, adoptando uma perspectiva mais humanista, empática e interventiva”. Contudo, Padilla também salienta que essa tentativa de diálogo entre a biomedicina e a saúde pública, que incluem visões de integração social e holística, ainda se encontram em seus primórdios.

O direito à saúde é previsto por diversas instituições e tratados internacionais. A Organização Mundial da Saúde, em seu documento de Constituição, em 1946¹⁸, prevê a saúde como direito independente de “raça, religião, orientação política, condição econômica ou social”, assim como a Declaração Universal de Direitos Humanos, publicados dois anos mais tarde, em 1948, a saber que todos “têm direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar (...) cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.”¹⁹ Este último, baseou a Comissão Europeia no seu Plano de Ação para a integração de nacionais de países terceiros residentes na EU que, por sua vez, reconhece os obstáculos e problemas em saúde vivenciados pela população imigrante como a falta de acesso aos serviços disponíveis (Dias et al, 2018).

Na Constituição da República Portuguesa, o artigo 64º, complementada pelo artigo 15º, define que qualquer cidadão ou cidadã tem o direito à proteção da saúde, independentemente da sua nacionalidade, condição legal ou meios económicos. Nesta direção, Portugal criou o primeiro Plano para a Integração dos Imigrantes (2007-2010)²⁰ com diversas medidas que garantem a saúde da população imigrante e estrangeira, principalmente em condições irregulares no país. Em uma dessas medidas estavam o combate a desinformação dos imigrantes acerca dos serviços de saúde disponíveis, promoção da comunicação em saúde e do acesso aos serviços de saúde, formação intercultural para os profissionais do SNS e desenvolvimento de programa de mediação sociocultural em redes hospitalares e unidade de saúde.

Mais tarde, acontece o lançamento do Plano Estratégico para as Migrações (2015-2020)²¹, ainda em vigor, que é organizado por eixos de política de integração dos imigrantes. Alguns desses eixos possuem preocupações ligadas à saúde: a qualidade dos serviços de saúde prestados, formação de profissionais de saúde, clarificação e acessibilidade das informações sobre o acesso à saúde para os imigrantes e para os serviços de saúde, monitoramento da saúde de populações vulneráveis e de imigrantes.

¹⁸ Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

¹⁹ Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>

²⁰ Disponível em: https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PII_2007_pt.pdf/f9ffc855-fae3-4acb-8ddb-3d00b6af0635

²¹ Disponível em: http://www.programaescolhas.pt/_cf/364724

Estes planos de integração também foi um dos reflexos do MIPEX, em 2015 no último relatório, ter reconhecido Portugal como o segundo melhor país de integração dos imigrantes, depois da Suécia. Este relatório possui oito categorias de análise, sendo elas: “labor market mobility”, “family union”, “education”, “politician participation”, “permanent residence”, “access to nationality” “anti-discrimination” and “health”. Contudo, de todas essas categorias, apesar de Portugal ter tido uma importante classificação geral, o quesito “saúde” foi o pior da classificação e considerado mais prejudicado nesta avaliação com 43 pontos de 100, ocupando a 22ª posição no ranking dos países da UE.

Entre diversas conclusões, o relatório expôs algumas necessidades e falhas que Portugal possui relativos à saúde da sua população imigrante. Algumas delas são expressas como: a burocracia que impede a clara compreensão do SNS, a falta de uma legislação ou obrigação mais específica relativa ao acesso à saúde (principalmente das pessoas que estão em situações irregulares) e a recomendação pelo investimento de formações mais sistematizadas relativos à competência cultural e sensibilização dos serviços e profissionais de saúde, entre outras (Huddleston et al, 2015).

2.1. As teorias e as vertentes explicativas da saúde da população imigrante

Diversas são as abordagens para tratar da problemática de saúde da população imigrante. Em um artigo publicado em 2006, os autores Im e Yang organizaram as três principais teorias explicativas sobre a imigração e a saúde que são importantes para compreender as principais tendências e leituras (tanto a nível internacional como a nível nacional) sobre a saúde da população imigrante. Tais teorias embasam os aspectos teórico-científico-político com a qual serão produzidas conhecimentos e ações interventivas para a sociedade.

A primeira teoria é “selective migration” e entende a condição de saúde da população imigrante como fator de seleção natural: imigrantes possuem a tendência de chegada no país receptor mais saudáveis e resilientes para o enfrentamento de desafios advindos do processo migratório. Os últimos estudos feitos por Oliveira e Gomes (2018) sobre a saúde da população imigrante em Portugal, corrobora com essa primeira teoria ao verificar que os imigrantes revelam indicadores do estado de saúde mais favoráveis do que os naturais portugueses, assim como tendem a auto apreciar o seu estado de saúde como mais saudáveis que os nativos.

Contudo, este número é indicado para imigrantes recém-chegados e onde a imigração é recente, verificando o contrário com o passar do tempo. O estudo de Dias et al (2018) é um exemplo disto: a maior parte dos imigrantes participantes do estudo tinham percepções positivas sobre seus processos de saúde. Com o maior tempo de residência no país receptor, a população imigrante vai diminuindo a apreciação sobre e a qualidade do estado de saúde. Vale também ressaltar que a percepção da saúde é também um fator dependente da variável cultural de como os sujeitos compreendem “bem-estar” e “saúde” (como uma perspectiva biopsicossocial, em que inclui diferentes dimensões, ou como a ausência de doença e a não utilização dos serviços de saúde).

A segunda teoria explicativa leva em consideração ao que será organizado como “negative effect of immigration”. Nesta linha teórica, é defendido que a experiência migratória pode ser um grande fator gerador de mal-estar para a saúde do indivíduo imigrante e que pode influenciar negativamente a vida desta população em termos de saúde (estresse, novas doenças, uso abusivo de álcool e outras drogas, condições socioeconômicas e políticas desfavoráveis, discriminações étnico-racial, isolamentos, etc.) (Coutinho, Franken e Ramos, 2008).

Nos estudos da autora Akhtar (1999) ela exemplifica essa linha teoria ao afirmar que

Migration from one country to another involves profound losses. Leaving behind familiar food, native music, unquestioned social customs, known history, and often even one's attire and language, the individual is faced with strange tasting food, different music, new political concerns, cumbersome language, pale festivals, psychically unearned history, and visually unfriendly landscape (Akhtar, 1999, 123).

Seguindo estes pensamentos, o ato de deslocamento em si pode ser considerado como fator de risco para a saúde da população imigrante, principalmente no que diz respeito à condição de saúde mental. Outros autores defendem essa teoria com certas ressalvas: salientam que o ato migratório, por si só, não deveria apresentar danos à saúde, contudo, as condições as quais a população que migra será submetida ao chegar nos países receptores é que irão determinar as condições e complicações que impactam à saúde (Sayad, 1998).

A terceira teoria explica a saúde e a imigração como processo de “acculturation”. Segundo Neto (2002, 2007, 2010) a aculturação é um processo de mudança que ocorre quando dois (ou mais) grupos etnoculturais entram em contato continuado um com o outro. Sobre isso, Berry (1997 in Ramos 2006) evidência o fato de que na aculturação ocorre em um processo de mudança mútua, em que está envolvido todos os grupos em contato, não apenas um ou outro. Ou seja, tanto os grupos considerados ‘dominantes’ quanto os ‘não-dominantes’ passam por

mudanças e necessidades de adaptação nos dois sentidos, sendo, a aculturação portanto, relacional e bidirecional. Dentro dessa relação intercultural irão ocorrer outros processos importantes diferenciados como: assimilação, integração, separação e marginalização.

Os estudos lidos fizeram refletir que a compreensão na área da saúde dos imigrantes é diversa e complexa, pois possui diferentes dimensões que precisam ser levadas em consideração para apreender o estado de saúde da população imigrante e as influências que isso tem de forma global. As teorias e outros estudos sobre esta área, ajudaram a dividir o processo de compreensão da saúde da população imigrante em três vertentes: individual, jurídico-legal e institucional (serviços de saúde e profissionais de saúde).

componente individual/cultural: percepção e compreensão do sujeito sobre o que é saúde/bem-estar e boa qualidade no serviço de saúde. Nesta componente a pessoa que migra normalmente irá comparar os serviços de saúde que tem no país receptor com o que tinha antes no país de origem, fazendo assim a sua avaliação sobre os serviços disponíveis. Além disso, está associada também com os fatores de como percebem a proteção social, o processo laboral (mais intenso, mais perigoso, mais demandante, etc.) e as questões de documentação (regular ou irregular) (Carrasco-Garrido, 2007; Borrell et al, 2008; Larsen et al, 2009; Moulan e Jusot, 2014; Gao et al, 2016). Como exemplo desta componente, o estudo feito por Dias et al (2018) verificou que em Portugal os imigrantes brasileiros e africanos entendiam saúde com uma perspectiva mais holística, definindo como um processo de bem-estar biopsicossocial. Já os europeus do leste, compreendiam que ser saudável está associado com a ausência de doença e de necessitar utilizar os serviços de saúde.

componente jurídico/legal: apresentam-se as medidas de promoção, prevenção e proteção à saúde de uma determinada população expressa pela esfera jurídica e constitucional. Nesta componente é compreendido o cuidado que o país receptor tem para com a saúde dos seus imigrantes no formato de garantia aos direitos em saúde. Nesta dimensão inclui-se as políticas públicas, as leis, as políticas de integração, as prerrogativas para o acesso à saúde, as ações e intervenções feitas a níveis governamentais e institucionais para o combate das iniquidades em saúde e diminuição das barreiras do acesso aos serviços de saúde por parte das populações imigrantes, principalmente aquelas consideradas mais vulneráveis.

componente institucional: esta componente está representada pelos serviços de saúde e seus profissionais que, havendo o esteio jurídico, vão no encontro do obediência das leis protetivas em saúde da população imigrante e da promoção e garantia dessa saúde à população.

Bem como, os aspectos de competência cultural e a habilidades dos profissionais e serviços de saúde para lidar com diferentes necessidades em saúde e diferentes populações.

Esse conjunto de componentes e teorias reúnem elementos importantes para o entendimento da complexidade a qual a condição de saúde de uma população está desempenhada. No caso da população imigrante, apesar de ser uma população em que possui características transversais e comuns, é um grupo que difere enormemente entre si. Estas diferenças vão desde a auto percepção dos estados de saúde, que interferem nos padrões de uso dos serviços de saúde, até as doenças e mortalidade (Padilla et al, 2009; Padilla, 2013).

2.2. Indicadores de saúde da população imigrante

Os indicadores de saúde são as medidas quantificáveis de uma série de características que resumem o estado de saúde de um indivíduo ou de uma população. Esta medida pode ser feita a partir de outras categorias como a prevalência de doenças crônicas, taxa de mortalidade infantil e expectativa de vida (PAHO, 2004). Tais indicadores ajudam a compreender a condição de saúde de determinada população e serve de base para as ações que serão feitas no campo da saúde pública para a melhoria da qualidade de vida.

Em Portugal, a medição da qualidade de vida, saúde e bem-estar da população imigrante enfrenta dificuldades e desafios. Portugal não recolhe dados sistemáticos acerca do estado de saúde dos imigrantes, dos seus acessos e da sua utilização aos serviços de saúde. A consequência verificada em inúmeros artigos e estudos que deflagram escassez de dados relativos à saúde da população imigrante e, por isso, o pouco conhecimento das necessidades e dificuldades sofridas por essa população. Para driblar esta dificuldade, cada vez mais se faz crescente o número de estudos que tentam dar visibilidade a um tema que tem se tornado um desafio tanto para a população imigrante quanto para os países que a recebem (Dias e Gonçalves, 2007; Estrela, 2009; Fonseca e Silva, 2010; Padilla, 2013; Dias et al, 2018; Oliveira e Gomes, 2018)

Outro desafio enfrentado no conhecimento do estado de saúde da população imigrante é o fato de que os únicos números obtidos dizem respeito aos imigrantes que possuem autorização de residência. Os números divulgados pelo SEF, por exemplo, não nos informam sobre aqueles residentes que não possuem regularização com os documentos e se encontram em espaços clandestinos da sociedade. Estas pessoas caem na invisibilidade, não estando em registros e estatísticas.

Uma das estratégias para diminuir a ausência de dados e informações a respeito desta população são os inúmeros estudos que têm sido realizados para este efeito. Um exemplo disso são as publicações feitas a partir do OM que desde 2007 publica teses, artigos e estudos em torno da temática “Imigração e Saúde” em sua revista científica. Em 2017, publicou a edição específica que reuniu uma série de estudos temáticos sobre Migração e Saúde. Em 2018, a mesma instituição publicou um caderno de edição “*Migrações e Saúde em números: o caso português*” na tentativa de dar conta de algumas lacunas relativos a este tema. Estas publicações dão espaços para que investigadores sobre o tema possam contribuir de forma a criar um banco de conhecimentos mais alargados e aprofundados sobre diversas temáticas dentro da saúde da população imigrante.

Nestes e outros estudos apontam para a importância da recolha de dados sistemáticos e também para a importância da articulação com outras variáveis sociodemográficas (como o tipo de estatuto de imigração, a condição legal, grupo etário, sexo, escolaridade, ocupação, rendimento, etc.) e determinantes sociais em saúde (condições de moradia, condições laborais, condições alimentares, etc.), além de outras variáveis para aprofundamento dessa temática. Assim, estas condições podem permitir o maior conhecimento dessa população e a monitorização do seu estado de saúde que inclui o acesso e a utilização dos serviços.

Apesar de a maioria dos países da UE não recolherem dados sistemáticos acerca da saúde da população imigrante, diversos organismos internacionais e múltiplos estudos debatem a preocupação sobre a situação na qual a maioria da população imigrante se encontra nos países europeus. Os imigrantes mostram as maiores prevalências de risco à saúde, maiores riscos de pobreza, intensos trabalhos laborais e mais precários, e menores procura aos serviços de saúde. Somados a isto, há uma vulnerabilidade ainda maior naqueles imigrantes que se encontram por com situação irregular no país (Backstrom, 2002; Andrade, 2006; Buchan, 2006; Carballo et al, 2007; Fonseca et al, 2007; Nielsen e Krasnik, 2010; Kirmayer et al, 2011; WHO, 2011; Rechel et al, 2013; Dias et al, 2018; IOM, 2018).

A condição da imigração, por si só, não deveria ser um fator de risco. Contudo, os impactos na saúde dos indivíduos imigrantes dos quais se fala estão imbricados com uma série de outras dimensões que se fazem necessárias ser levadas em consideração. Um exemplo disso são as condições do processo de imigração (voluntário ou forçado, meio de transporte utilizado para fazer o deslocamento, etc.), que a depender de como tenha se dado apresenta riscos para a saúde. Depois, as condições sócio-políticas do país de origem e as políticas de integração do

país de destino, entre outros aspectos, que quando reunidos são cruciais para influenciar na experiência da saúde dessa população (Dias e Gonçalves, 2007; Padilla, 2013).

Além disso, as consequências das mudanças de estilo de vida, aculturação e a diferente organização relacional, constroem fatores que influenciam na dinâmica de vida do imigrante. A falta de redes sociais e apoio das sociedades de destino, isolamento, medo de deportação por aqueles imigrantes que não possuem autorização regular de moradia, traumas, ruptura de relações, somado a má alimentação, o aumento do consumo de substâncias como álcool, tabaco e outras drogas são também causas que podem acometer esta população e influenciar na incidência de doenças, bem como nos aspectos saudáveis de vida (Lechner, 2007; Ramos, 2007; Viana, 2008; Pussetti, 2017).

Assim, apesar da escassez de dados, alguns estudos têm se debruçado para estudar o estado de saúde da população imigrante e suas características epidemiológicas. Segundo o último Inquérito Nacional de Saúde²² feito em 2014, publicado em 2016, juntamente com o estudo feito pelo Caderno Estatístico do OM de 2018 e corroborado por outros estudos, verifica-se que a população imigrante apresenta um estado de saúde mais favorável que os portugueses (um pouco mais de 60% dos imigrantes classificaram, nas diferentes recolhas de dados, seu estado de saúde como bom ou muito bom). Além disso, há uma menor prevalência de doenças crônicas nos imigrantes quando se comparados com a população nativa. Este fato é percebido devido ao fato de a população demográfica portuguesa nativa fazer parte de um grupo em processo de envelhecimento e dos imigrantes estarem na “idade ativa” (Fonseca e Silva, 2010; Oliveira e Gomes, 2018; Dias et al, 2018).

Não obstante, esses mesmo estudos demonstram que os imigrantes estão mais susceptíveis a sofrerem certos problemas de saúde pelos comportamentos de risco aos quais podem possuir. Esta população apresenta uma maior vulnerabilidade nomeadamente no que diz respeito à contração de doenças infectocontagiosas, uso abusivo de substâncias (álcool, tabaco e outras drogas), hipertensão e desorganização psicológica.

²² O INS é um instrumento utilizado para a recolha de dados, através de inquéritos feitos à população. Estes inquéritos se referem à auto avaliação que cada pessoa faz das variáveis que concorrem para a caracterização do seu estado de saúde. Com isto são gerados dados importantes que caracteriza a população portuguesa no que diz respeito ao seu estado de saúde e a sua evolução com o passar dos anos. O primeiro inquérito foi de 1987, depois 1996, 1999, 2006 e o último 2014/2016, totalizando cinco inquéritos nacionais até agora.

Tais condições são reflexos também das consequências vividas pelo processo da imigração, nomeadamente, como fatores socioeconômicos (isolamento social, precariedades laborais e habitacionais, barreiras no acesso à saúde e etc.) que fazem parte de uma conjuntura social, mas que influenciam direta ou indiretamente a saúde dessa população.

A seguir, o presente capítulo cita algumas problemáticas e tópicos que mais chamam atenção da Saúde Pública e que se revelam como desafios para os serviços de saúde e com consequência sentidas para a população imigrante.

a) Doenças infectocontagiosas

Dentro das doenças infectocontagiosas a mais preocupante para Portugal é o HIV/Aids. Segundo o relatório European Centre for Disease Prevention and Control (2008), Portugal teve a taxa mais elevada de casos de HIV/Aids da Europa. De acordo com o relatório da European Aids Clinical Society, Portugal (2016) continua sendo o país com um alto número de diagnósticos do vírus na Europa. Foram 1735 novas notificações e, desses casos, 52,85 vive em Lisboa, sendo 51,9% são originários de continente africano subsaariano.

Há evidências científicas que indicam que populações migrantes apresentam um risco aumentado de infecção pelo vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) se comparadas à população autóctone. Fatores relativos à experiência migratória em outros países como a falta de proteção social, pobreza, maior uso de substâncias psicoativas, isolamento social, condições de moradia, fatores de exclusão, problemas de saúde mental etc., podem aumentar esse risco de contração e que deixa essa população mais vulnerável (Skeldon, 2000; Backstrom, 2002; Weine e Kashuba, 2012; Rocha, Dias e Gama, 2010; Dias, 2015).

Outros estudos verificam que as mulheres em geral, e especialmente as mulheres imigrantes, estão mais expostas aos fatores de risco e de contração relacionadas ao vírus devidos as condições de relações sexuais abusivas, desigualdades entre homens e mulheres, situações de pobreza e exclusão, acesso à informação e educação, menores recursos de proteção que os homens (Lopes, 2007).

A barreira de acesso à saúde, neste caso, consegue ser uma das maiores agentes de vulnerabilidades a esta população. O fato de a saúde estar longe da população e, principalmente, longe da população imigrante por inúmeros fatores (isolamento das áreas das populações imigrantes, documentação, as faltas de condições linguísticas e financeiras, a aproximação do sistema de saúde, estigmas e preconceitos, etc.), fazem com que muitas comunidades não se beneficiem ou não sejam abrangidas pelos sistemas de saúde existentes. A consequência disso

é a falta da promoção e prevenção em saúde que atinge comunidades mais vulneráveis (Gardene e Antunes, 1997; Jack et al, 2008; Dias e Gonçalves, 2009; Dias, 2015).

É importante chamar atenção para as condições de discriminação e estigma ao qual as pessoas portadoras do vírus HIV podem sofrer. Estas condições podem ser ainda mais agravadas quando se trata de uma pessoa imigrante (que já possui inúmeros estigmas pelo fato de ser imigrante) e portadora do vírus. As atitudes de muitos profissionais de saúde e de instituições é de atribuir ao indivíduo a responsabilidade pela contração, haja vista a exposição ao risco e comportamento de risco associado. Ou então, podem cair em generalizações de comportamentos culturais próprios de determinadas etnias/nacionalidades. Tanto uma noção como outra sobrecarregaram o comportamento associado ao indivíduo, responsabilizando-o inteiramente e unicamente sobre sua saúde. Salientar a cultura como um maior risco para a adesão de doenças infectocontagiosas veiculado a partir de um comportamento de risco, além de poder ser encarada como um racismo cultural (Fassin, 2006), é também perigoso no sentido de tirar a responsabilidade das macros estruturas de garantia de saúde às populações vulneráveis (Ayres, 2002).

Acrescida a esta crítica Pussetti e Barros (2012, 44) também trazem para a discussão ao cuidado desse tipo de discurso médico para reafirmar as fronteiras e as barreiras impostas a certo tipo de pessoas:

Barriers drawn across these internal and transnational circulations and connections are strictly demarcated also by public health measures: border control policies and practices show how health technologies serve to ameliorate and police the assumed “risks” posed by immigrants and “strangers” at the national borders. The knowledge, institutions, and practices of public health aim to regulate the circulation of people constituted as dangerous because of their different origin, behaviour or semblance: infected immigrants, contagious clandestine, foreign prostitutes with venereal diseases, seropositive people, and especially the black ones, according to common myths and misconceptions about HIV/AIDS and African hypersexuality Pussetti e Barros (2012, 44).

A tuberculose é outra doença que preocupa a saúde da população imigrante. Estudos afirmam a maior incidência da doença em imigrantes, de modo geral, e está associada por ser um grupo de risco que vem de países com alta prevalência desses casos e, além disso, ao imigrarem muitos vivem em más condições socioeconômicas.

Outros estudos identificam uma relação entre o processo migratório em si (meio de transporte, paragens, etc.) com a incidência da doença. Nestes casos, verificou-se que a

prevalência da tuberculose é quase o dobro em imigrantes que viajam via oceano ou continente que aqueles que podem pagar um transporte aéreo direto (Rendon et al, 2018).

No caso de Portugal, há uma grande incidência do número de tuberculose e maiores quando associados à toxicodependência e/ou infectados pelo vírus HIV. Esta doença também está associada a fatores socioeconômicos que expõe mais alguns grupos que outros ao contágio, bem como as co-morbidades (Duarte et al, 2017). Além disso, alguns estudos mostraram que os imigrantes, principalmente aqueles irregulares, não usam os serviços de saúde e os tratamentos disponíveis pelo receio do estereótipo e estigma frequentemente associados a este tipo de doença e pela sua condição de irregularidade. Assim muitas pessoas não efetuam os testes e apenas recorrem aos serviços em caso grave de doenças e dores agudas (Fonseca e Silva, 2010).

b) Adoecimento crônico

No caso das doenças crônicas (cardiovasculares, respiratórias, diabetes, hipertensão) diversos estudos verificaram que os imigrantes nos países industrializados possuem uma menor prevalência das doenças crônicas quando comparadas aos nativos (OCDE, 2018). A primeira teoria da saúde dos imigrantes – “selective migration” – explica esta tendência ao assumir que a própria imigração pode servir de seletividade no deslocamento, fazendo com que o perfil migratório seguisse uma tendência de concentração nos grupos etários mais jovens e por isso reforçando a ideia do “migrante saudável” (Razum, 2008).

Portugal segue a mesma tendência verificada na maior parte dos países da EU: com as características de envelhecimento demográfico e seus imigrantes em idades ativas de faixa etária jovem, há uma maior prevalência das doenças crônicas serem da população nativa. Contudo, é possível observar, cada vez mais, o número das doenças crônicas crescerem entre os imigrantes. Segundo os estudos feitos por Oliveira e Gomes (2018), apesar de ainda os imigrantes terem menos prevalência da doença quando comparados aos autóctones, a percentagem de doenças crônicas sofridas pela população residente no país nascido no estrangeiro, aumentou de 23,9% em 2008 para 31,4% em 2016. No INS verificou-se também um aumento do número de imigrantes com doenças crônicas entre o INS de 2005/2006 e o de 2014 (de 18,6% para 26% respectivamente).

Um estudo feito a partir da análise secundária do INS de 2005/2006 verificou que a doença crônica mais frequente entre os imigrantes era a hipertensão arterial (13,1% para

imigrantes e 18,6% para portugueses) e diabetes (2,8% imigrantes e 6,1% portugueses) (Dias et al, 2008)²³.

As doenças crônicas, assim como a saúde mental, podem ser doenças não-comunicadas pelos países de origem. Essa não-comunicação, segundo a OMS (2018), pode atingir uma porcentagem de 25-35% e é um grande contribuinte para as morbidades e mortalidades entre os imigrantes. As principais doenças crônicas que fazem parte desse grupo são as cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias e constituem 60% das mortes globais a cada ano e 80% dos casos de não-comunicação advém de países de baixa ou média renda. A OMS acrescenta que

Noncommunicable diseases result from an accumulation of risk factors that derive not only from genetic predispositions and behavioral risk factors but also from social determinants of health. In the context of migration, these include socioeconomic factors such as legal status and living and working conditions, as well as the impact of social and economic policies on the health and well-being of migrants. However, susceptibility and exposure to such risks does vary among different groups (WHO, 2018, 10).

Ou seja, apesar dessa população indicar a menor prevalência da doença quando comparadas aos autóctones, é necessário compreender que é também esse grupo que tem a maior porcentagem de doenças não-comunicadas e que é também o grupo que corre mais riscos de problemas de saúde em virtude de diversas disparidades aos quais podem sofrer.

De acordo com alguns pesquisadores, as doenças cardiovasculares representam um dos maiores tópicos de saúde entre os imigrantes em países industrializados. Verifica-se que as doenças do coração são as mais predominantes causas de hospitalização e processos cirúrgicos e por isso reforçam que haja prevenção e promoção de cuidados em saúde mais específicos na população imigrante e alerta para a urgente atenção da comunidade internacional de pesquisa em saúde pública (Bo et al, 2015; Grimaldi et al, 2016).

Neste caso, apostar nos Cuidados de Saúde Primários pela sua globalidade, continuidade e territorialidade nos cuidados pode ser uma estratégia de prevenção das doenças crônicas na população imigrante. Tanto no que diz respeito à sua detecção, quanto a continuidade na qual esse cuidado pode ser atendido.

²³ Estes números correspondem às doenças diagnosticadas por profissionais de saúde.

c) Saúde mental

A saúde mental é um dos assuntos que está mais em destaque quando se discute a saúde da população imigrante. Apesar de muitos autores entenderem que a migração em si não representa um risco para a saúde (Dias e Gonçalves, 2007), acham suas controvérsias quando ligadas às questões em saúde mental. Alguns outros autores defendem que o ato de migrar por si só já envolve muitas rupturas como a perda de vínculos afetivos, a mudança de língua, de casa, de posição social, de contato com o mesmo grupo étnico e religioso, etc. Todas essas perdas simbólicas ou materiais impactam na vida desses sujeitos e podem apresentar riscos na saúde mental (Dias, 2005; Virupaksha et al, 2014; Ramos, 2008; Akhtar, 1999; Pussetti et al, 2009).

O processo da imigração pode ainda ser mais agravado quando atrelado a outras condições: o tipo de migração (forçada ou não-forçada), a condição socioeconômica, a condição de regularidade ou de irregularidade de acordo com a regras do país receptor, se migra sozinho ou com acompanhado, o domínio cultural e linguístico do país receptor. Para além disso, participar de grupos em situações que sentem mais as vulnerabilidades como o caso de mulheres grávidas e crianças (Coutinho, 2008). Esses são alguns fatores que podem tornar o evento migratório com maior grau de fatores estressores, levando ao maior impacto na saúde mental do sujeito que migra (WHO, 2018).

De acordo com o guia de saúde mental realizado pela WHO (2018) a prevalência de distúrbios relacionadas à saúde mental são a depressão e a ansiedade, e nos refugiados ainda há uma prevalência de estresse pós-traumático. Verificou-se nesse estudo uma baixa prevalência de casos psicóticos (casos mais agudizados dos aspectos da saúde mental como, por exemplo, esquizofrenia), mas nesses estudos mostraram que a probabilidade de ocorrência é três vezes mais alta em refugiados e imigrantes que na população nativa.

Em Portugal, verificou-se que a categoria “sofrimento psicológico” no INS em 2005 acomete 22,2% dos imigrantes inquiridos e 27,1% dos portugueses. Segundo Pussetti (2010) a situação de saúde mental dos imigrantes e dos grupos étnicos minoritários é considerada, ao nível europeu, pior do que a do cidadão nativo médio. A autora também reconhece que, na maior parte dos seus estudos feitos nessa área, que os serviços prestados, em Portugal, para as populações imigrantes e a sua saúde mental não representam um espaço de escuta e reconhecimento do outro. Além disso, reconhece a falta de reflexão mais crítica e aprofundamentos na área da saúde mental dos imigrantes em que possam ser ultrapassadas as atitudes universalistas, organicistas e biomédicas.

Nesta direção, Lechner (2007) assume igualmente a postura crítica sobre os cuidados da saúde mental propostos para a população migrante. A autora enfatiza que, tais cuidados em saúde mental, na maioria dos casos, vão na direção de um olhar que privilegia diagnósticos e classificações psiquiátricas. Isto recai em um processo de *medicalização da condição migrante* que reduz a imigração “a uma doença de foro psicológico” e cai no erro de atribuir “um estatuto ontológico à migração, e homogeneizar experiências que são, no concreto, muito diversas”.

Mesmo o processo da imigração fazendo parte daquilo que Sayad (1999) vai trazer sobre *dupla ausência* – em que ao mesmo tempo que o indivíduo vive a condição de migrante (de entrada em um território completamente novo com novos desafios), ele também vive a condição de emigrante (saída do lugar de origem com todas as rupturas que isso causa), ainda assim, as condições as quais irá vivenciar nesse processo são únicas e diversas.

d) Saúde sexual e reprodutiva

A saúde sexual e reprodutiva tem sido encarada como uma questão de impacto social e econômico no mundo. Além de uma questão e preocupação de Saúde Pública, a saúde sexual e reprodutiva também pode promover equidades sociais e de gênero. Para isso, há uma necessidade de promover às mulheres, aos casais e as famílias maiores acessos às variedades de projetos que garantam a saúde sexual e reprodutiva das pessoas (UNFPA, 2019).

A saúde sexual foi definida pela WHO (2017, 3) como sendo “a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence”. A sexualidade é um dos aspectos centrais na vida de um ser humano e pode ser expresso em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológico, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2017).

Assim, a saúde sexual e reprodutiva passa também por direitos que precisam serem assegurados para a manutenção e obtenção de uma saúde sexual e reprodutiva saudável. Para esta condição ser garantida, há o direito da informação e do acesso aos métodos de planejamento familiar, serviços que permitam a mulher uma gravidez e parto saudáveis (Dias et al, 2009) ou aborto seguro (WHO, 2017).

Para DGS (2008) “os cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva constituem um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas dos homens e das mulheres, nesta área, ao longo do ciclo de vida”. O planeamento familiar é dessas componentes importantes garantir a prestação de cuidados da saúde sexual e reprodutiva.

O planeamento familiar funciona com o objetivo de promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, regular a fecundidade segundo o desejo do casal, preparar para a maternidade e paternidade responsáveis, reduzir a mortalidade e mobilidade materna, perinatal e infantil, reduzir a incidências das doenças sexualmente transmissíveis e melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família (DGS, 2008).

Os estudos feitos sobre a área da saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes em Portugal possuem, como um resultado em comum, a constatação do elevado número de desconhecimento das populações imigrantes sobre a vida sexual e reprodutiva, nomeadamente, dos métodos contraceptivos (Backstrom, 2006; Lopes, 2007; Dias e Rocha, 2009). No estudo de Dias e Rocha (2009) verificou-se que as mulheres imigrantes associam o planeamento familiar exclusivamente com a maternidade e contraceção e raramente procuram os serviços de saúde para informações sobre o assunto e manifestam queixas. A ida aos serviços de saúde sub-representada pelas utentes imigrantes, por outro lado, o estudo verificou que um dos motivos de maior ida aos serviços de saúde está atrelado com a vigilância da gravidez, a maternidade e/ou saúde infantil. Contudo, a maioria relata sobre más experiências nos serviços de saúde e por isso a decisão de não recorrer novamente a estes serviços.

Falar da vida sexual e reprodutiva pode incluir muitos fatores dentro disso que vão desde promoção/prevenção da saúde e planeamento familiar (riscos de contração da DST, métodos contraceptivos, pré-natal, gravidez, etc.), mas também podem entrar em vulnerabilidades emocionais e estruturais do sujeito (violências de gênero, maternidade não desejada, aborto, solidão, abandono, precariedades diversas, crenças e valores etc.). Portanto, falar da vida sexual e reprodutiva fazem do diálogo e do vínculo ferramentas necessárias para a aproximação e cuidado dessas demandas.

A maior parte dos estudos relatam que as mulheres imigrantes queixam-se da falta de sensibilidade e incompreensão por parte dos profissionais de saúde sobre realidades específicas, como a realidade de uma mulher imigrante, que passa por contextos tanto culturais como sociais e econômicos diferentes. E deflagram muitas vezes que os serviços de saúde possuem sistemas

inadequados de tradução e de interpretação o que leva a uma menor sensibilidade cultural e iniba o acesso das mulheres imigrantes, principalmente aquelas que dominam o idioma português (Dias e Rocha, 2009; Topa et al, 2010).

e) Saúde materna e infantil

Segundo Estrela (2009) algumas das problemáticas comuns nas comunidades imigrantes, principalmente asiáticas e africanas, é a questão do papel da mulher está atrelada a condição central da maternidade. Com isto, a maternidade acaba ocorrendo no início da vida reprodutiva das mulheres, sendo o alto o número de gravidez na adolescência. Nesta configuração tradicional e aceita nas sociedades de origem as gravidezes acabam possuindo um fator estressor quando se é somada a condição da imigração. Há uma grande demanda que a imigração exige como as inúmeras transformações sociais e culturais, a relação com um novo idioma e novos formatos de comunicação e a ruptura de laços familiares podem fazer da experiência da maternidade e da paternidade podem ser desafiadores.

Outro estudo feito por Machado et al (2006) identificou o alto número de nascimentos de mãe e/ou pai imigrantes em um hospital em Portugal (43%) de 32 nacionalidades diferentes e dos desafios que a maternidade e paternidade impõe sendo imigrantes. Todas as vulnerabilidades sentidas pelos imigrantes nos países receptores são refletidas nos maus resultados de saúde tanto do recém-nascido quanto da gravidez em si. Com isto, foi verificada a maior taxa de mortalidade fetal e neonatal, e patologias durante a gravidez em mulheres imigrantes.

Este fato também está relacionado ao grande número de famílias imigrantes sem médico atribuído e da falta do acesso dessas famílias aos cuidados primários. Isto irá acarretar em uma procura maior dos serviços de urgência nos primeiros anos de vida e um não diagnóstico precoce de doenças na gravidez e das intervenções e cuidados que precisam ser feitos em mulheres grávidas soropositivo para evitar a transmissão vertical (mãe-bebê) (Lopes, 2007).

2.3. O acesso dos imigrantes aos serviços de saúde

A compreensão do estado de saúde de qualquer população passa, fundamentalmente, pela compreensão do acesso e da utilização dos cuidados em saúde, já que o acesso é o construto central da performance dos sistemas de cuidado em saúde pelo mundo (Levesque et al, 2013). No caso dos imigrantes, o acesso e a utilização dos serviços de saúde são importantes para a

diminuição da morbidade e promoção do bem-estar e da boa integração na sociedade receptora (Dias et al, 2018).

Levesque et al (2013) definem a palavra “acesso”, etimologicamente, como sendo o caminho de aproximar, alcançar ou entrar em um lugar, com o direito ou oportunidade para usá-lo e/ou visitá-lo. Dentro dos cuidados de saúde, o acesso é sempre definido como o acesso ao serviço, provedor ou instituição que, portanto, é definido como a oportunidade ou facilidade que a comunidade ou indivíduos possuem de utilizar os serviços apropriados para as suas necessidades.

Assim sendo para a compreensão do acesso à saúde, conceito este complexo, alguns estudiosos sentem a necessidade de compreendê-lo de forma multidimensional. Para Fonseca e Silva (2010) o acesso é bidimensional: a primeira corresponde a uma dimensão macro dos direitos de cuidado de saúde consagrados na lei; sendo a segunda dimensão relacionada com a disponibilidade que o imigrante tem para aceitar e receber os cuidados de saúde.

Para Levesque (2002) o acesso à saúde é compreendido respeitando cinco dimensões: i. aproximação ii. aceitação iii. disponibilidade e acomodação; iv. acessibilidade; v. adequação. Em que a aproximação ou *approachability* relaciona-se com o fato de as pessoas, quando necessitarem de cuidados em saúde, poderem identificar as formas ou serviços existentes de cuidados, como também dos serviços estarem ao alcance das pessoas em termos geográficos ou comunicacionais – nesta dimensão o impacto da literacia em saúde faz importante.

A segunda dimensão aceitação ou *acceptability* está relacionado com os determinantes cultural e social que possibilitam as pessoas de aceitarem os aspectos dos serviços disponibilizados. Neste caso aspectos culturais podem interferir em como e quando as pessoas utilizam ou procuram o serviço de saúde e se procuram (ex. crenças sobre o sistema de saúde e o julgamento do que seria ou não apropriado ser feito em cuidados de saúde).

A terceira dimensão é a disponibilidade ou *availability* que refere-se ao fato dos serviços de saúde (tanto a estrutura física quanto os servidores/profissionais) serem suficientemente capazes de produzirem cuidados (resultantes de características físicas dos serviços, os organizativos e da equipe de saúde) e adaptados às diferentes realidades.

A quarta dimensão sendo acessível ou *affordability* reflete a capacidade econômica das pessoas de recurso e tempo para utilização apropriada dos serviços. Isto é resultado direto dos preços dos serviços, taxas e valores acrescidos e pode variar relativamente ao tipo dos serviços prestados. Sendo a última dimensão apropriado ou *appropriateness* compreende como sendo a adequação entre serviços e as necessidades dos utentes. Neste caso seria a eficácia dos

atendimentos para os cuidados em saúde. O tratamento correto e a técnica de qualidade e apropriadas dos serviços em saúde.

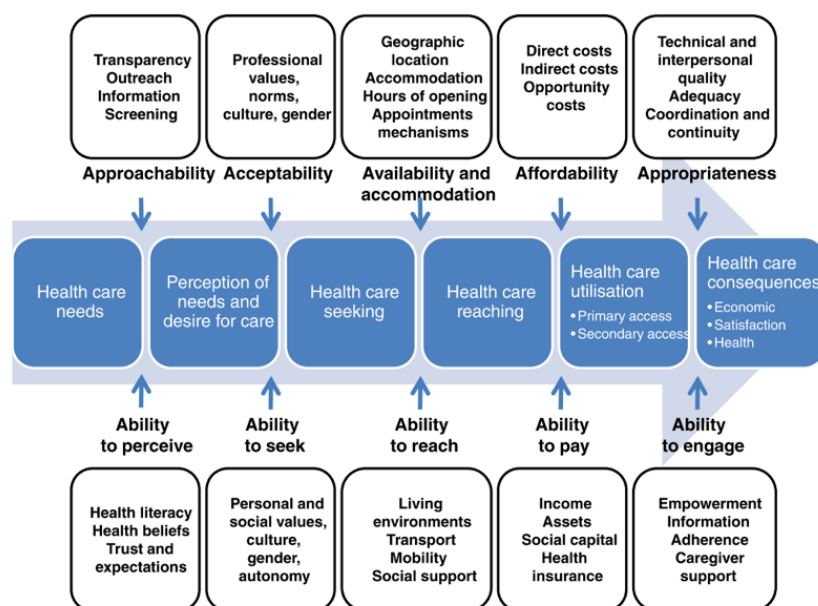


Figura 4: Modelo de acesso à saúde

Fonte: imagem retirada do artigo de Levesque, Harris e Russel (2002) Patient-Centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems. *International Journal for Equity in Health* 12:181–9.

O autor Ingleby et al (2005) também entende o acesso à saúde como possuidor de diversas componentes de análise. O primeiro componente, centra-se no direito de ajuda do indivíduo constitui-se indivíduo (esfera legal e financeira) – *the right to help*. A segunda componente está ligada à esfera individual de contato com o prestador de cuidados – *the caregiver*. O terceiro componente de análise está ligado à percepção do indivíduo sobre o cuidado em saúde que lhe foi prestado (efetividade do acesso à saúde na sua vida). Este último está muito interligado com a dimensão da utilização dos cuidados.

Nesse conjunto de fatores e componentes, que fazem o elo de compreensão entre as variáveis do acesso à saúde, estão também o conceito de equidade. Para pensar o acesso aos serviços de saúde sendo usufruído pelas populações, implica pensar nas mesmas oportunidades de utilização quando e sempre que estas pessoas necessitarem da utilização e de fazer um uso efetivo dos serviços. Para que haja um acesso à saúde de modo pleno entre as diversas populações existentes em um único território, há a necessidade de se levar em conta a equidade e considerá-la como fator primordial no processo em que seja capaz de responder de modo satisfatório às diferentes demandas em saúde.

Whitehead (2000) define o termo equidade em saúde como sendo “implies that ideally everyone should have a fair opportunity to attain their full health potential and, more pragmatically, that no one should be disadvantaged from achieving this potential, if it can be avoided” e ainda soma ao dizer que as iniquidades em saúde são diferenças que além de evitáveis são injustas e que são fatores de incalculáveis danos para a saúde durante gerações.

As iniquidades, contrário da equidade, tem impactado de modo direto a questão da saúde de determinadas populações, como o aumento da incidência de determinadas doenças crônicas. A diversidade na qual as populações, principalmente ocidentais, fez com que as condições e aspectos das necessidades em saúde também se diversificasse, de modo que trouxe igualmente a premência de se pensar diferentes estratégias para combater as desigualdades e promover a equidade em saúde para os diferentes grupos. Isto demonstra a articulação estreita existente entre a promoção de equidade e a promoção de saúde.

Respeitar os pressupostos equitativos é se ocupar em criar estratégias a níveis públicos em saúde que levem em consideração os contextos adversos e específicos circunscritos nas diferentes populações, minimizando as desigualdades em saúde. Com isso, podemos dizer também que não se pode tratar todos os indivíduos com o parecer da igualdade, sendo eles fruto de qualquer situação assimétrica, é portanto necessário tratar de forma desigual de modo a suplantam as diferenças existente, com a finalidade de assistir os cuidados em saúde chegando para diferentes populações com diferentes necessidades.

Em vista disto, correlacionar o conceito de equidade à compreensão do que é o acesso à saúde se fazem importantes para o aprofundamento dos aspectos necessários e decisivos na garantia de oferta nos serviços de saúde. Para isso, ações e estratégias específicas precisam estar adequadas e sejam oportunas na capacidade de responder às necessidades e expectativas dos utentes a fim de promover a justiça em saúde (Barros et al, 2016).

Faz-se aqui uma necessidade de distinguir a equidade da igualdade que, apesar de próximos, são conceito diferentes. A igualdade é quando os indivíduos, gozando de mesmo status de utilização – perante a lei e condições socioeconômicas – conseguem e podem fazer uso de um serviço de saúde. A equidade entra na equação quando indivíduos que são cobertos pela lei para o acesso à saúde ou possuem necessidade iguais de acesso, muitas vezes não usufruem da mesma forma desses serviços de saúde por diferentes contextos socioeconômicos e/ou diferenças étnico/raciais e/ou diferenças de gênero e/ou diferenças de nacionalidade etc. As políticas de saúde precisam prever não apenas a igualdade no acesso a todos e todas, mas a

equidade do acesso em saúde a todos e todas a fim de eliminar as diferenças causadas pelas injustiças e desigualdades existentes dentro das sociedades.

No contexto português, este acesso vê-se cumprido na primeira dimensão de análise, vendo representados os direitos da população em deslocamento de outro país para Portugal. O exemplo disso é o importante Despacho nº 25.360/2001 que promulga uma série de atitudes face ao acesso à saúde por parte dos imigrantes, tornando-se um marcador importante para a intenção de garantia do acesso aos serviços de saúde. Reconhecendo o desafio de ser também um país de imigrantes e não só de emigrantes, o documento lança mão de um conjunto de normas que salvaguardam o direito de acesso a todos os imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) tanto dos regulares com títulos de residência, quanto aqueles que não possuem suas permanências regularizadas, além de reafirmar o direito à proteção da saúde

Corporizando os princípios constitucionais da igualdade, da não discriminação e da equiparação de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros, salvas as exceções constitucionalmente legitimadas, e ainda o direito, também constitucionalmente consagrado, que todos têm à protecção da saúde, é relevante que os meios de saúde existentes sejam disponibilizados a todos os que deles necessitam, na exacta medida das suas necessidades subjectivamente concretizadas, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais (Despacho nº. 25 360/2001).

Contudo, apesar dos direitos ao acesso serem cumpridos na forma da norma constitucional e diretiva, ainda são encontradas diversas barreiras que condicionam o acesso da população imigrante aos cuidados em saúde. Na literatura foram encontrados profusos estudos que apontam as barreiras e dificuldades, são eles: i) perspectiva acerca da saúde x doença; ii) desinformação dos direitos dos imigrantes tanto por parte dos profissionais de saúde como pelos próprios imigrantes; iii) comunicação; iv) racismo e estigmas; v) relações de poder assimétricas; vi) falta de compreensão de contextos culturais/religiosos; vii) burocracia, etc. (Ramos, 2008) (Backstrom, 2002) (Rodrigues e Dias, 2012) (Fonseca et al, 2007) (Pussetti e Barros, 2012) (Dias et al, 2011) (Andrade, 2006). Além disso, Dias et al (2018) acrescenta ao dizer que tais barreiras representam um desafio linguístico, cultural, legislativo, estrutural, organizativo e econômico.

É verificado também a subutilização dos serviços de saúde pelos imigrantes que podem influenciar na prevenção e na promoção de saúde em Portugal que segue uma tendência, de modo geral, dos países europeus. No entanto, há uma sobreutilização dos serviços de urgência, mostrando assim uma falta de promoção em saúde e construção dos vínculos entre instituição

e utente. Somado a isto, nas gerações seguintes não há uma melhoria desse cenário, mas o contrário disto: a condição de saúde dos que descendem dos imigrantes possuem ainda maiores desafios na saúde, por causa dos estigmas que sofre esta população e do tempo de invisibilidade, bem como má condições de saúde que alguns grupos enfrentam (Ingleby, 2009; Padilla, 2013).

Para Dias et al (2011) barreiras do acesso podem ser divididas em três esferas: do indivíduo, do profissional de saúde e dos serviços de saúde. As características do indivíduo dizem respeito as características demográficas, as condições socioeconômicas, a situação administrativa. Essas categorias se relacionam e encontram com as características entre profissionais e utentes: as atitudes dos profissionais com os imigrantes, a diferença linguística e culturais. Por último tudo isto está também implicado com os limites dos próprios serviço de saúde (disponibilidade, acessibilidade e organização).

O resultado do recente estudo feito por Dias et al (2018) apontou, através da generalidade dos participantes (profissionais de saúde e imigrantes), que os obstáculos que condicionam a utilização dos serviços de saúde pela população imigrante podem ser divididos entre: i. condição de ser imigrante, ii. profissionais de saúde e iii. serviços de saúde. Sendo os aspectos da condição de ser imigrante relacionados com a precariedade laboral (falta de recursos financeiros), pouco tempo de estadia em Portugal, desconhecimento das leis de acesso e ausência de suporte social. No que se refere ao fator “profissional de saúde”, foi relatado as limitações nas competências culturais em saúde dos profissionais, dificuldade de comunicação, de expressão da necessidade em saúde e dificuldade na obtenção de informações e entendimentos. Relacionado com os fatores dos serviços de saúde, os participantes apontaram ausência de intérprete, falta de recursos humanos, reduzido horário de atendimento e excesso de procedimentos burocráticos.

Este estudo nos convida a evidenciar mais uma vez o que tantos outros estudos com a população imigrante já tem mostrado: a necessidade de pensar esse grupo como sendo um grupo heterogêneo. São diversas as condições que afetam os condicionantes em saúde, sejam eles aspectos vantajosos como prejudiciais, mas cada um deles será sentido de forma diferente por diferentes imigrantes. A condição de estadia no país receptor pode ser um exemplo de uma menor ou maior interação com os aparatos de saúde. Ou o fato de ser de algum país cuja língua falada difere da língua portuguesa, pode ser também um fator vulnerabilizador da experiência migratória.

Apesar da imigração já ser sentida e ter seus fluxos de entrada, apenas com a entrada no século XXI que se tem uma investida explícita nos destinos da saúde pública da vida dos

imigrantes regulares e não-regulares. Com o despacho organizado pelo Ministério da Saúde de 2001 (citado anteriormente), é que irão tecer estratégias e procedimentos mais específicos no que diz respeito ao acesso dos imigrantes no Sistema Nacional de Saúde. Antes disso, a Constituição Portuguesa e outras leis falavam da condição de saúde de um modo mais amplo que englobava a proteção à saúde e o acesso como um direito universal a todas e todos.

O fato de ser uma recente resposta ao crescente aumento do saldo migratório em Portugal, diversos estudos sinalizam uma deficiência e distância entre o que se faz na lei e o que se é feito na prática. O país ainda enfrenta problemas relativas à sua implementação e estratégias para que mais imigrantes possam conseguir aderir aos serviços de saúde e ter suas necessidades atendidas (Padilla, 2013) (Dias et al, 2018).

Em resposta a isto, a Circular Informativa nº 12/DQS/ DMD/2009²⁴ do Ministério da Saúde 2009 esclarecem questões e dúvidas relativas ao Despacho e ainda sobre as questões do acesso aos todos os serviços de saúde, principalmente por parte daquelas pessoas que não possuem títulos de residências

Os imigrantes que não sejam titulares de uma autorização de residência ou que se encontrem numa situação irregular face à legislação da imigração em vigor, têm acesso ao Serviço Nacional de Saúde apresentando um documento da Junta de Freguesia da sua área de residência que certifique que se encontram a residir em Portugal há mais de noventa dias, conforme o disposto no artigo 34º do Decreto Lei nº135/99 de 22 de Abril (DGS, 2009).

Alguns autores ainda fazem a diferenciação entre acesso à saúde e a utilização dos cuidados em saúde. Enquanto o acesso à saúde é a possibilidade temporal, geográfica ou financeira que os indivíduos têm em obter cuidados de saúde apropriados às suas necessidades. A utilização dos cuidados em saúde seria a dimensão mais íntima do uso dessa oferta de serviço. Na utilização são levados em consideração outras aqui está sendo pensado as características individuais de cada pessoa que usa relacionado com a qualidade e quantidade do serviço que é prestado (Andrade, 2006).

O acesso à saúde remete necessariamente para as possibilidades que o imigrante têm ao seu alcance relativamente aos serviços de saúde: as existências de leis protetivas que garantam as condições de atendimento, as políticas públicas que apoiam e subsidiam essas leis para que o acesso aconteça de forma alargada, a construção da estrutura física da unidade para que o

²⁴ Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsmdm-de-07052009.aspx>

atendimento aconteça, etc. Assim sendo, o acesso é anterior à utilização dos cuidados. O acesso é o fator externo que permite a existência de serviços ao alcance dos indivíduos.

Quando se pensa na utilização dos cuidados em saúde, há uma necessidade de se pensar em outros fatores, outras competências e habilidades que garantam que a utilização dos cuidados, a partir da oferta do acesso à saúde, seja feita de forma eficaz. A eficácia aqui é colocada no sentido de contribuir para a construção de um vínculo em saúde que faça sentido para aqueles sujeitos que os procuram.

2.4. Determinantes sociais em saúde e a interseccionalidade na vida dos/das imigrantes

Desde a carta de Ottawa²⁵ de 1986 que a saúde é enxergada como um conceito ampliado e definida como um recurso para o bem-estar global. Nela está inscrita que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Neste conjunto analítico a saúde pôde expandir para pensar como conceito mais amplo que não apenas a partir de um corpo biológico e desconexo com a realidade imersa ao seu redor.

Nesta direção, o conceito de determinante social em saúde ajuda-nos a compreender aspectos que antes eram definidos como puramente do âmbito social para o reconhecimento do seu impacto na saúde das pessoas. A WHO (2018) vai definir os determinantes sociais em saúde como

(...) conditions in which people are born, grow, live, work and age. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels. The social determinants of health are mostly responsible for health inequities - the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries.²⁶

Para a compreensão mais complexa e aprofundada do sujeito no âmbito global de saúde faz-se necessário levar em consideração o contexto social ao qual ela está inserida e as condições de vida ao qual apresenta. Nancy Krieger (2001) contribui ao acrescentar um elemento interventivo para a definição dos determinantes em saúde ao dizer que os DSS são o conjunto dos aspectos sociais em diálogo com a saúde e que podem ser alteradas pela ação da informação.

²⁵ Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1

²⁶ Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

Para Tarlov (1996) existem quatro categorias de determinantes na saúde de uma população que são: *genes and biology; medical care; health-related behaviours and the social characteristics*. O autor compreende que muitos dos comportamentos de risco (como uso abusivo de substâncias psicoativas, exposição sexual de contaminação, falta de exercício físico, excesso de bebidas alcoólicas e cigarros, dieta alimentar disfuncional) possui uma raiz etiológica em fatores causados pelo ambiente social.

Oliveira e Gomes (2018, 203) verificam a importância de compreender a saúde como um fenômeno social e transversal com a relevância de análise do micro e macro. No estudo feito sobre o estado de saúde da população imigrante em Portugal, as autoras dividiram os determinantes como dimensões estruturais, sociais e individuais.

Nos determinantes sociais da saúde foram considerados os efeitos sociais que impactam na saúde da população imigrante. Este estudo reafirmou aquilo que outros estudos explicitam sobre o impacto das condições sociais na saúde da população imigrante. Foi verificado que as condições da maioria dos estrangeiros residentes em Portugal, semelhante a outros países da Europa, apresentam maiores riscos de pobreza, maior privação material, estão em mais situações de sobrelotação de alojamento, recebem menores salários e estão mais expostos ao desemprego. Estas condições socioeconômicas empurram os imigrantes ao não acesso aos serviços de saúde apropriados de cuidados continuados e/ou recorrem aos serviços de urgência e serviços hospitalares. Ou pode acontecer desses imigrantes não recorrem aos serviços pelos custos associados que isto tem.

No caso dos determinantes estruturais, estes estão relacionados com a natureza legal, institucional e administrativa que impedem ou propiciam o acesso à saúde. Neste caso Portugal aparece como um dos países europeus em que mais cuida dos seus imigrantes em termos legais e protetivos. Verificou-se que Portugal recebeu a 2ª posição no ranking geral do relatório feito pelo MIPEX em 2015 de políticas de integração dos imigrantes. Contudo, em políticas de saúde possui baixas posições e ainda um caminho a ser feito para acabar com as iniquidades em saúde: no mesmo relatório Portugal assume a 22ª posição em políticas de saúde para imigrantes e, em 2017, Portugal assume uma posição de 14º lugar entre 35 países, nos resultados do relatório Euro Health Consumer Index.

O estudo também procurou aferir os determinantes individuais da saúde compostos pela influência de características sociodemográficas das populações (faixa etária, sexo, país de origem, escolaridade e profissão) e como cada uma dessas categorias impactam de formas diferentes na saúde do indivíduo imigrante.

Acrescentaria também que a compreensão da ideia de saúde e de doença gerados e dos percursos terapêuticos gerados a partir disso. Talvez considerar um determinante cultural para se pensar questões que atravessam a compressão de todos os outros determinantes e que vão impactar na esfera concreta do corpo e de saúde de cada indivíduo imigrantes e como ele se entende. A este respeito, a estudiosa Gone & Kirmayer (2010) contribui ao compreender que os determinantes sociais em saúde não podem ser entendidos sem levar em consideração a cultura, já que o significado de certas leituras sociais e de saúde que se têm não são as mesmas em diferentes comunidades (por exemplo a noção de pobreza, de doença, de sofrimento psíquico, etc.).

No que diz respeito às migrações, Carballo et al (1998) já considerava que a migração se tornaria uma das mais importantes determinantes na saúde global e desenvolvimento social. A IOM desde 2009, na 62ª Assembleia Mundial da Saúde²⁷, reconhece a migração como um determinante social em saúde. De acordo com este órgão internacional, as condições que permeiam o processo migratório são frequentemente ligadas às iniquidades e podem expor os imigrantes aos elevados riscos em saúde. A depender do contexto para o qual se migra, os imigrantes podem experimentar políticas restritivas de migração, limitação no acesso à saúde, educação, segurança e dignidade no trabalho e nas condições de moradia. Por causa desses contextos, comuns à realidade dos imigrantes, a migração se tornou um conceito chave para os determinantes sociais em saúde.

A IOM²⁸ ainda acrescenta que

Most migrants face a combination of legal, social, cultural, economic, behavioral and communication barriers which put their physical, mental, and social well-being at risk. These determinants are more severe for women, minors, and lower skilled migrants, especially if in an irregular situation. However, even migrants with legal documents and a higher socio-economic position may experience challenges and limitations to accessing services due to language and cultural differences, as well as institutional and structural obstacles or psycho-social stressors.

As realidades de vida dos imigrantes, mesmo sendo um grupo bastante diverso e heterogêneo entre si (Padilla, 2013), podem experimentar os mesmos desafios por participarem da condição de serem imigrantes, bem como experimentar vulnerabilidades mais acentuadas a

²⁷ Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf

²⁸ Disponível em: <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>

dependem dos grupos migratórios aos quais pertencem. Assim, os DSS colocam fatores de elegibilidades sociais com inter cruzamentos com a saúde, formando um entendimento mais amplo, complexo e interseccional de análise da saúde-global.

Dito isto, um importante conceito que ajuda a compreender a complexidade dos impactos da saúde é também o conceito da interseccionalidade. A partir disso podem ser pensadas as múltiplas iniquidades sociais vivenciadas por e reunidas em um único indivíduo e que pode ser mais sentida em determinados grupos que outros.

A interseccionalidade, na perspectiva de Crenshaw (1994) e Crenshaw et al (2013), permite uma leitura sistêmica de uma realidade específica e pretende ser um método/dispositivo/ferramenta que possa apreender as consequências da interação entre formas de opressão. A autora é reconhecida como teórica feminista e utiliza este termo para tratar das problemáticas assumidas no contexto da mulher racializada que se encontra na intersecção entre as “avenidas” de opressão de gênero, raça e classe (Crenshaw, 2002; 2004). Para a autora

Strategies based solely on the experiences of women who do not share the same class or race backgrounds will be of limited utility for those whose lives are shaped by a different set of obstacles. (...) it is important to understand that there are other sites where structures of power intersect. For immigrant women, for example, their status as immigrants can render them vulnerable in ways that are similarly coercive, yet not easily reducible to economic class (Crenshaw, 1994, 3).

A inclusão da categoria “nacionalidade” na matemática interseccional leva em consideração outras interações de subjugação como a da mulher imigrante. Assim, falar de interseccionalidade como conjuntos que se atravessam, não apenas se tangenciam, nos permite uma noção mais imbricada de análise da saúde sem deixar de lado os impactos que a classe, o gênero, a nacionalidade, a idade, a raça/etnia, a religião possuem no sujeito.

O estudo feito por Topa (2016) verificou os discursos estereotipados advindos dos profissionais de saúde para as mulheres grávidas imigrantes. Tais discursos atribuíam características sexualizadas e comportamentos tidos como ‘exigentes’ e ‘oportunistas’ quando se tratavam de mulheres brasileiras e sobre a suas gravidezes, e uma conotação negativa das mulheres africanas. Além disso demonstrava um maior preconceito quando se tratava de mulheres grávidas imigrantes e irregulares. O estudo de Piscitelli (2014, 269) corrobora com o que foi dito ao falar da experiência das mulheres imigrantes brasileiras em um cenário global. Segundo a autora

Essas migrantes são afetadas pela imbricação entre noções de sexualidade, gênero, raça, etnicidade e nacionalidade. Refiro-me às noções sexualizadas e racializadas de feminilidade pelo fato de serem brasileiras. (...) A ideia de que elas são portadoras de

uma disposição naturalmente intensa para fazer sexo e uma propensão à prostituição, combinadas com noções ambíguas sobre seus estilos de feminilidade, tidos como submissos, com uma alegre disposição para a domesticidade e a maternidade tende a atingir indiscriminadamente essas migrantes (Piscitelli, 2014, 269).

Estes discursos perpassam não apenas pela xenofobia, como também insere um olhar sob outras estruturas de poder que se inter cruzam. O fato de serem mulheres, de serem imigrantes, de serem irregulares dão conta de uma série de noções aos quais essas pessoas podem estar submetidas e vulnerabilizadas em contextos da saúde, por exemplo.

Ambas autoras chamam atenção para a importância de um olhar interseccional da problemática colocada. A interseccionalidade pode surgir como um novo paradigma de cuidados em saúde, já que potencia a compreensão dos comportamentos que podem ter influências positiva e negativamente no estado de saúde e nas disparidades que permeiam a vida das mulheres imigrantes (Topa, 2016).

3. COMPETÊNCIA CULTURAL EM SAÚDE: o novo paradigma do cuidado?

As sociedades se deparam progressivamente com um caráter cultural cada vez mais diverso. Este cenário tem ocasionado problemáticas as quais desafiam as sociedades receptoras a darem respostas adequadas as necessidades igualmente diversas. No campo da saúde, em que a prática e o discurso do cuidado dependem da relação entre cuidador e usuário, ambos imersos em um sistema cultural, é frequente ter que lidar com os desafios e inabilidades que surgem no encontro com a diversidade.

A competência cultural em saúde é compreendida em diversos casos como uma resposta que abarca as exigências impostas pela diversidade e impede as disparidades em saúde, pois é um conjunto de habilidades importantes na constituição do cuidado. Diversos autores compreendem a competência cultural como o caminho para um fazer médico mais inclusivo e na diminuição das barreiras impostas entre a saúde e a pessoa (Santinho, 2012; Fernandes e Monteiro, 2015).

Muito disso, é reflexo do fato de haver um reconhecimento do fator cultural como atravessador do que se é compreendido como “saúde”. Esta noção faz-se importante para a compreender que o sistema de saúde está alicerçado em um conjunto cultural e que, por isso, os sistemas de cura, de prevenção, a doença e o sofrimento (incluídos na noção de saúde) poderão ser elementos variantes de acordo com a cultura que narram percepções de modos

diferenciados. Assim, a competência cultural se transformou em uma saída mais sensível e eficaz aos cuidados de populações diversas (Santinho, 2012).

Por vezes, a cultura é considerada como ideia utilitária, um acessório e conceito fixo que são lidos, em muitos casos, em um formato estático e estereotipado. Esta cultura também é utilizada como uma roupagem que serve apenas para vestir o que é do outro, como um potencial elemento fragmentado e distante de leitura de uma realidade. A problemática de ler a cultura desta forma é de investir em um afastamento e ir em direção a um acirramento das diferenças entre esses “outros” – seres culturais específicos e diferenciáveis – e “nós” – donos de tudo aquilo que é *standart* e hegemônico.

Essas diferenças geram o entendimento no qual é bastante compartilhado no que diz respeito ao imigrante no imaginário social: colocar o sujeito imigrante como não sendo pertencente, um corpo estranho interpelado sobre o seu ser e estar no mundo. Corpo este que se coloca de forma anormal e, muitas vezes, não bem recebida em certos cotidianos sociais para aos quais se desloca. Estas diferenças e acepções levam a um fazer médico desigual e aprofunda ainda mais as iniquidades em saúde, que serão sentidas, principalmente, por grupos mais vulneráveis que sofrem com as interseccionalidades do poder.

Alguns antropólogos contemporâneos descontroem a ideia de cultura como não sendo algo fixo, homogêneo ou correspondente a características intrínsecas de indivíduos ou grupos. Desmentem essa ideia ao entender que, ao contrário dessa rigidez, a cultura envolve flexibilidade, processos de transmissão e uso de saberes que depende da dinâmica tanto dentro das comunidades quanto em interface com elas (nas instituições, sociedade, sistema de saúde e cidade global) (Guanaccia e Rodriguez, 1996; Moddood, 2007; Philips, 2007 in Kirmayer, 2012). Geertz (1989) nos ajuda a compreender a cultura de uma forma mais dialética. Para ele a cultura é um padrão de significados historicamente transmitido, um sistema de concepções herdadas expressas de forma simbólica e por significados que cada ser humano comunica, perpetua e desenvolve seus conhecimentos e atitudes perante a vida.

Sendo a cultura, portanto, essa construção sem fronteiras, compreende-se que a competência cultural em saúde não deve estar aliada a um conceito de cultura como um adereço intransmutável e fixo. Se todo ser humano responde a um conjunto cultural ao qual está imerso, isso indica que as ferramentas utilizadas para a compreensão dos fenômenos tanto a nível biológico quanto psicológico e social é passível de interpretação. Portanto, dentro do campo da saúde, haverá diferentes interpretações para aquilo que se compreende por saúde,

adoecimento, busca de cuidado, promoção do bem-estar. Todas essas categorias estão atravessadas e carregadas pela cultura e que se organizam em sistemas aos quais se reconhecem.

Por extensão, a competência cultural é um processo que abrange o cuidado, respeitando as crenças, percepções e conceitos sobre a saúde e corpo do sujeito em cuidado, bem como, compreendendo que a oferta de cuidado (profissionais e serviços de saúde) também passam por crenças, percepções e conceitos sobre a saúde e o corpo.

O termo ‘competência cultural’ é um conceito que nasce nos Estados Unidos e aparece pela primeira vez em 1978 através da autora Madeleine Leininger que traz, a partir da noção da enfermagem transcultural, a construção da perspectiva de saúde e doença em conjunto com a noção de cultura. Leininger (1978) acreditava que a práxis em saúde precisava estar investida de fundamentos inter-relacionais e culturais para serem consideradas ações eficazes e não desfavoráveis para a população atendida. E que por meio deste conhecimento, as decisões e as ações de enfermagem poderiam tornar-se congruentes e benéficas para os assistidos (Gualda e Hoga, 1992).

O objetivo de trazer esse conceito para os cuidados em saúde é vislumbrado pela necessidade de reduzir as disparidades em saúde, levando em consideração a ótica individual dos cuidados e também a tentativa de enfraquecer o privilégio etnocêntrico com a minimização de uma imposição cultural. A partir disso, este conceito foi reapropriado e criado para diferentes abordagens, modelos e dimensões de avaliação em diferentes contextos de serviços de saúde (Leininger, 1978; Capell, 2007; Coutinho et al, 2007).

Apesar de muitos estudiosos, principalmente da antropologia, já terem debatido sobre o sistema cultural investido em cada racionalidade médica, a biomedicina por vezes é tratada como sistema médico hegemônico, científico e soberano, de modo a desconsiderar outros aspectos culturais de outras representações e perspectiva do corpo, da saúde e da doença dentro dos contextos sociais diversos, bem como considerar até mesmo a própria biomedicina como um sistema cultural (Hahn e Kleinman, 1983; Good et al, 1994; Carpenter-Song et al, 2014). A competência cultural em saúde surge como um alargamento do escopo de análise e visão do sistema cultural biomédico na tentativa tanto de se compreender como um entre os vários sistemas culturais existentes, quanto na criação de proximidades de cuidado com outras representações e experiências.

Em 1989 nos Estados Unidos, Terry Cross juntamente com outros estudiosos reconheceram a complexidade cultural e a rica diversidade existente no contexto da população estadunidense e uma preocupação nos cuidados em saúde que estivesse mais aberto e apto para

cuidar também dessa população, mais especificamente, de crianças e adolescentes que sofriam com transtornos emocionais severos. Para dar respostas à esta problemática, Cross et al (1989) desenvolveram um modelo culturalmente competente destinados a profissionais, serviços, instituições em prestação de cuidados em saúde.

Neste estudo, os autores definem competência cultural como sendo “a set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency, or among professionals and enables that system, agency, or those professionals to work effectively in cross-cultural situations” (Cross et al, 1989, 7). Nesta lógica, os autores justificam “cultura” como um padrão de comportamento humano em que está expresso os pensamentos, a comunicação, a religião ou o grupo social. E “competência” é usado para designar a capacidade de funcionar efetivamente em um contexto integrado-culturalmente definido pelo comportamento do indivíduo ou do grupo. Juntos, a expressão “competência cultural” refletem “system of care acknowledges and incorporates – at all levels – the importance of culture, the assessment of cross-cultural relations, vigilance towards the dynamics that result from cultural differences, the expansion of cultural knowledge, and the adaptation of services to meet culturally-unique needs”.

Neste mesmo modelo de competência cultural, Cross irá definir cinco elementos essenciais que um sistema/serviço/profissional/instituição deve ter para ser considerado como competente cultural: 1) diversidade como valor; 2) ter a capacidade de se reconhecer como ser cultural; 3) estar consciente da inerente dinâmica existente da interação entre culturas; 4) ter conhecimento cultural institucionalizado e 5) ter desenvolvido adaptações para a diversidade. Tais elementos devem estar em funcionamento com cada nível do sistema institucional, profissional ou de serviço, incluindo suas atitudes, suas políticas e suas práticas.

Para estes autores a competência cultural precisa ser vista como um objetivo construído entre os profissionais, serviços e instituições de saúde. Nesta construção, há um processo de desenvolvimento que vai de um extremo – *cultural destructiveness* – a outro – *cultural proficiency*. Dentro desses extremos há uma gama de outros percursos até de chegar em um nível de competência cultural, imaginando um “continuum”. Estes são denominados: *cultural incapacity*, *cultural blindness*, *cultural pre-competence* e *cultural competence*. Dentro desse continuum que vai de um extremo a outro, a competência cultural vai se desenvolvendo e criando diferentes atitudes e construindo diferentes sensibilidades para tratar de assuntos em que são predominantes o encontro entre sistemas culturais. Dentro desta noção, o progresso contínuo produz, cada vez mais, maior eficácia nos cuidados em saúde.

Cultural destructiveness é o termo utilizado por Cross et al (1989) para designar atitudes, políticas e práticas que destroem culturas e os indivíduos dentro dela. Neste sentido, ocorre um processo de desumanização ou submissão das minorias, que podem ter inúmeros exemplos extremos ao longo da história. Lemkin (1944) apud Irvin-Erickson (2016) é um autor que contribui para a compreensão do genocídio cultural e reconhece as consequências da falta de um regime internacional legal que possa punir indivíduos e governos por perseguirem e destruírem membros de uma nação, religião ou étnico-racial para evitar eventos como a perseguição nazista.

A atualização deste debate será feita por Mbembe (2017) que desloca o genocídio para contextos atuais de sociedades ditas democráticas, mas que em nome da securitização e guerra ao terror, justificam a eliminação de direitos de certos grupos sociais e culturais. Estas marcas serão reafirmadas por um discurso político que Mbembe irá chamar de um *mundo sem* ou de *necropolítica*

(...) mundo que se desembaraça dos muçulmanos, que sobrecarregam a cidade, dos negros e de outros estrangeiros, que devem ser deportados, dos terroristas (ou suspeitos disso) que torturamos, pessoalmente ou por procuração, dos judeus que lamentavelmente escaparam às câmaras de gás, dos migrantes que vêm de todo lado, dos refugiados e de todos os náufragos, esses miseráveis cujos corpos estranhamente se assemelham a montes de lixo, processando-se em massa este cadáver humano, na sua decomposição, no seu fedor e podridão (Mbembe, 2017, 66).

Assim, este estágio “cultural destructiveness” que é visto como extremo e distante, na verdade, elucida também perigos de sociedades democráticas e em risco de cometer genocídios em outras esferas. Neste sistema são assumidas posturas que colocam um grupo sendo superior a outro e pode erradicar culturas consideradas como menores, permitindo que este grupo obtenha vasto poder para dominar, explorar, controlar e destruir (Cross et al, 1989).

O segundo estágio deste continuum colocado por Cross e colegas é o *cultural incapacity* caracterizado quando os sistemas ou as agências não possuem a intenção de destruição cultural, mas possuem pouca ou quase nenhuma capacidade de cuidados destinados a diferentes necessidades. Estes serviços de saúde são caracterizados normalmente por serem tendenciosos, acreditarem em uma superioridade e predominância cultural perante outros e assumirem um caráter paternalista. Pode ser vista também uma postura segregacionista e muitas vezes uma ignorância e/ou alimentação de um medo de pessoas culturalmente diferentes.

Alguns estudos feitos nas comunidades de profissionais de saúde que atendiam imigrantes ou dos estudos feitos com a própria comunidade imigrante sobre acesso e serviços

de saúde, notaram aspectos paternalistas no cuidado e preconceitos culturais que colocavam a população imigrante e certos imigrantes como grupos homogêneos, de algum modo, como inferiores e responsáveis pelas suas mazelas sociais e de saúde (Fonseca e Silva, 2010; Topa, 2010; Pussetti, 2010; 2013; 2014; Ortiz, 2016).

No ponto médio do continuum encontra-se o *cultural blindness* que é designado para sistemas ou provedores da saúde que acreditam que a cultura não faz diferença e que as pessoas que procuram os serviços de saúde devem ser atendidas a partir de um único formato de saúde. Esta designação também é usada para se discutir criticamente a negação do racismo em sociedades marcadas pela desigualdade, tratando o tema como “color-blind” (Bonilla-Silva, 2003).

De acordo com Cross et al (1989) esta postura pode refletir em serviços e cuidados etnocentrados e pouco efetivos para outras necessidades em saúde, caindo nas iniquidades e baixo vínculo entre profissionais de saúde e utente. São instituições que culpam os imigrantes e/ou populações minoritárias pelas suas condições de vida e as responsabilizam pelos seus problemas e estado de saúde. Este tipo de serviço sofre de déficit de informação e formação que possam melhorar a comunicação e vínculo com as pessoas, além de quebrar com discursos médicos tendenciosos e etnocêntricos.

Já a chamada *cultural pre-competence* é reconhecida pelos serviços que estão no movimento e caminho da competência cultural e percebem suas fragilidades nas prestações de cuidados às populações culturalmente diversas e tentam melhorar alguns aspectos dos seus serviços. Nesta fase os profissionais e os serviços estão engajados e tentam alguns projetos, experimentos e planos de trabalho para chegarem até à população imigrante ou grupo minoritário. São caracterizados pelo comprometimento com os direitos civis e olham criticamente para as intervenções na tentativa de melhora e alcance de cada mais pessoas as quais destinam seus cuidados.

Um aspecto que os autores chamam atenção é que nesta fase é comum que os serviços tenham a falsa sensação de dever cumprido ou de fracasso total a ponto de não se moverem mais longe no continuum. Alguns serviços de saúde muitas vezes compreendem que terem feito uma atividade ou alcançado um objetivo já completariam suas obrigações com a comunidade ao qual presta serviços. Ou se uma atividade ou objetivo falhar se sentem relutantes a tentar novamente (Cross et al, 1989).

Antes do ponto maior do continuum chega-se na fase designada como *cultural competence*. Neste momento os serviços e instituições são caracterizados pela sua aceitação e

respeito pelas diferenças colocadas no espaço de cuidado prestado. Nele são prezadas os cuidados e atenções para as diferentes dinâmicas, expansão continuada do conhecimento cultural e dos recursos e variedade de adaptações que os modelos podem ter e servir. Os profissionais e os serviços de saúde quando mostram competência cultural compreendem sobre a heterogeneidade dos grupos de imigrantes e a importância das características culturais que mostram.

No último e mais positivo estágio desse continuum é o *cultural proficiency*. Este estágio é designado dessa forma por possuir um nível mais maduro no trabalho com populações culturalmente diversas. Neste caso, os serviços de saúde buscam adicionar conhecimento com base na prática culturalmente competente e desenvolve novas terapêuticas e estratégias que servem para construção do vínculo e eficácia no cuidado em saúde. A partir de projetos mais consolidados, publicados e disseminados, os serviços de saúde são tidos como modelos e ao seu alcance atinge o território e contribui para a sociedade com a desconstrução de preconceitos.

Cross et al (1989) chama atenção que para que o movimento desse continuum seja mais positivo há uma necessidade cada vez maior da existência de uma equipe também diversa culturalmente. Esta necessidade torna os serviços menos etnocentros, tendenciosos e com maiores alargamentos de cuidados e respeito às necessidades em saúde trazidas. Corroborando com esta afirmação, Santinho (2012) compreende que a forma mais eficaz de alcançar uma competência cultural nos serviços de saúde seria a construção de equipes transdisciplinares, mas também com formações que promovesse a capacidade de escuta e compreensão em profundidade sobre a sua narrativa de sofrimento ou de saúde.

Além disso, os autores também compreendem a complexidade da competência cultural, sendo esta não aplicável para profissionais de saúde e instituições de cuidado, mas entende sobre a necessidade de existência dessa teoria a nível político e governamental, dando esteio às políticas de saúde pública e decisões de apoio ao cuidado culturalmente sensível.

Assim, saber localizar a importância da componente cultural e da sua influência na construção da noção de saúde ajuda-nos a entender importância da competência cultural e a sua forma coerente de abranger os mais diversos contextos, principalmente, no campo da saúde. Com a complexidade que toda a sociedade receptora tem por ser destino de diversos indivíduos provenientes de diferentes nacionalidades, torna um cenário de atuação bastante diversificado em suas narrativas e proposições. Esta complexidade esbarra-se em desafios que precisam encontrar caminhos para dialogar de forma a fazer sentido para os novos olhares e sentidos que também compartilham do espaço de cuidado.

Cross et al (1989) também chama atenção para o perigo de sobrevalorização da cultura, caindo em um risco de igual importância que é o do estereótipo. Apesar desse estudo ser crítico sobre este aspecto, diversos autores pontuam uma série de outros cuidados que são importantes de serem pontuados quando é pensada a teoria e a prática da competência cultural em saúde.

Os abusos e excessos do uso da cultura como ferramenta terapêutica para o cuidado da saúde dos imigrantes, por exemplo, podem causar ambivalências e paradoxos no trabalho no campo da saúde. A ideia de sustentar a importância da cultura como um aspecto central nos cuidados em saúde com a população imigrante, pode-se cair em uma “culturalização” das aproximações em saúde. Isto pode acarretar na interpretação de comportamentos como caixas culturais em que para cada cultura tem-se uma intervenção ou interpretação diferente, como se cada nacionalidade possuísse seus instrumentos terapêuticos adequados (Pussetti, 2017).

A partir disso, uma série de outros perigos são anunciados: a essencialização e a biologização da cultura, o fato de não reconhecer a diversidade existente dentro da população de imigrantes – heterogeneidade inter e intra populacional; a culpabilização da cultura da pelo problema em saúde; a construção de estereótipos em torno das populações migrantes (Fassin, 2001; Kleinman e Benson, 2006; Taylor, 2003; Carpenter-Song, 2014)

Fassin também contribui com a discussão quando fala sobre uma tendência de culturalização, ou explicação da vida do sujeito, apenas levando em consideração o viés cultural, mas que ignora o cenário social que o abarca, caindo em dois caminhos (e riscos) importantes de serem salientados

D'une part, les problèmes sont interprétés en fonction d'une grille culturelle indépendante des réalités sociales. Cette interprétation obéit aux deux principes qui caractérisent le raisonnement culturaliste ordinaire: la réification de la culture et la surdétermination par le culturel. Selon le premier, la culture est une entité en soi, qu'il est possible de repérer et d'isoler, dont l'individu hérite et qu'il transmet. Selon le second, c'est dans cette culture qu'il faut rechercher l'origine et le remède des maux de l'Autre ou de ses conduites déviantes (Fassin, 2001, 244).

Ou seja, quando a cultura é colocada no centro da mesa como única possibilidade de discussão, as explicações e as respostas para as problemáticas que atingem um grupo, neste caso a população imigrante, se reduz ao componente cultural e por isso há uma culpabilização ou individualização dos problemas correntes. Seguindo por este caminho, há uma facilidade de cair em uma desresponsabilização de uma problemática que envolve muito mais o contexto social ao qual o indivíduo se encontra.

Na mesma lógica, os estudos feitos por Pussetti (2017) foi possível verificar dois extremos na atuação no campo da saúde: de um lado o ‘primado da cultura’, que reduz qualquer comportamento ou sintoma como manifestações advindos da cultura de origem. Ou, noutro extremo, o ‘primado do indivíduo’, que seria a negação da diferença cultural, reduzindo todo comportamento ou sintoma para interpretações com parâmetros biomédicos, prescritivos e nosológicos da medicina ocidental que, por vezes, é entendida como universalmente válida.

Estes extremos aos quais a cultura (ou total ignorância sobre ela) relatados leva-nos frequentemente a ideia de que a competência cultural em saúde como uma técnica em que podem ser adquiridas a partir de um treinamento ou capacitação apreendida a partir do conhecimento teórico de cada cultura específica. Para Kleinman e Benson (2006) essa ideia de cultura que ainda é ensinada ou vista nos campos profissionais da área de saúde, ainda está atrelada a um adereço ou construções reducionistas de pensar a cultura, que em geral está associadas à etnia, nacionalidade ou linguagem. A partir disso, muitas vezes as soluções em saúde para um grupo cultural heterogêneo são reduzidas a partir da tentativa de enquadrar a pessoa à tradição ou história do país de origem (Kleinman e Benson, 2006; Kirmayer, 2012).

Ao agir dessa forma, a aplicação da cultura na clínica, neste formato reduzido, possui a tendência de culpabilizar os imigrantes, principalmente aqueles que não dominam o idioma do país para o qual se imigra, pelas falhas e incompreensões na comunicação e não-adesão ao tratamento, demonstrando assim, uma barreira nos cuidados em saúde (Carpenter-Song et al, 2007). Com esta visão, se cria uma separação e estereótipos no cuidado com a população imigrante, além de uma negação dos outros contextos sociais que são importantes. Santiago-Irizarry (1996) também compreende que a a partir desse ponto de vista a cultura pode ser encarada como fonte de comportamentos problemáticos, impedindo o encontro entre o usuário do serviço de saúde e o profissional de saúde.

As relações de poder também entram no jogo de disputa quando são negociadas as compreensões sobre a saúde e as terapêuticas envolvidas. Pussetti (2017) chega à conclusão da faceta política que envolve a questão da competência cultural e da própria noção de cultura. No que diz respeito a relação médico-paciente, construída a partir de uma relação de poder pré-estabelecida, caso haja uma negociação da terapêutica ou falar do próprio mal-estar nos termos do paciente, significaria reconhecê-lo como sujeito político e interveniente da sua própria vida. Segundo a autora, isto deslocaria a competência do médico para o paciente, invertendo as relações de poder ali estabelecidas. Sendo assim

O elemento cultural é neste sentido um instrumento político no sentido que cria uma suspensão, uma perturbação do discurso dominante e universalista da biomedicina, tornando-se um elemento de empoderamento do paciente, que pode assim se posicionar como sujeito tanto no seu contexto de proveniência como no de acolhimento (Pussetti, 2017, 46).

A cultura passa a ser um elemento importante não só para a compreensão do mundo do Outro, como também para a legitimação dos saberes e, conseqüentemente, abertura do espaço de disputa de poder. Enxergar o usuário do serviço de saúde como um ator social e por isso conhecedor sobre seu corpo e seu em torno significa compartilhar o poder de decisão sobre suas angústias e problemáticas. A partir disso, desbanca a relação entre a imposição de um saber (biomédico) sob um corpo passivo de explicações e sem voz.

O conceito de competência cultural vai na direção de aproximação com a pessoa em sua presença e complexidade. Assim, este modelo pretende também enfraquecer os modelos engessados de saúde, propondo uma aproximação de cuidado mais legítima que rompe com a ordem estabelecida de poder e de supremacia cultural. Entretanto a competência cultural em saúde, por vezes, vem sendo compreendida como um conjunto de ferramentas aprendíveis e aplicáveis em quase todos os contextos como uma fórmula a ser seguida.

A partir disso, a competência cultural em saúde e os modelos propostos por ela estão servindo de apoio para a compreensão da cultural como algo estático e homogêneo. Esta ideia tem construído práticas em saúde que apenas reforçam o estereótipo, o preconceito e o racismo, ou que essencializam a cultura sem colocar em questão outras problemáticas socioeconômicas as quais o indivíduo, principalmente o imigrante, está sujeito a passar. Estas ditas práticas em saúde apenas deslocam o discurso institucional biomédico prescritivo em saúde para outras roupagens em que possam ser ditas sensíveis culturais, mas que, no fundo, colocam a experiência das pessoas em caixas culturais pré-moldadas (Lee e Farrell, 2006; Kleinman e Benson, 2006; Kirmayer, 2012).

Isto reforça a ideia de Carpenter-Song et al (2014) ao dizer que os clínicos são experts da biomedicina e os pacientes são experts das suas angústias, e que é preciso haver um discurso e uma prática que possibilite o encontro entre esses dois elementos para que o cuidado possa instaurar dentro dessa relação. Os autores recomendam que para chegar nesse ponto de encontro, precisa haver a necessidade dos clínicos de estarem sempre abertos e desejan-tes da procura por clarificação quando apresentados a uma incomum ou não-familiar queixa.

A este respeito, um caminho possível é defendido por Carpenter-Song et al (2014), e igualmente corroborada por Kleinman e Benson (2006), de incorporar aspectos técnicos da antropologia dentro da prática clínica como um meio de realizar um apropriado cuidado cultural em saúde. Ao fazer o que os autores chamam de uma “mini-etnografia” do cuidado cria-se um espaço para o contato mais profundo e real com o indivíduo em si, mais do que com o representante de um grupo cultural ao qual faz parte.

Esta “mini-etnografia” pode ser também traduzida para um dos aspectos de alicerce central na estratégia utilizada da Unidade de Saúde Familiar e dos Cuidados Primários em Saúde. O cuidado com a saúde do outro em seu território, reconhecendo as dimensões micro e macro de estruturas que montam a vida dos sujeitos e o trabalho com as dimensões biopsicossociais também são pistas de um cuidado mais inclusivo de uma saúde cultural e socialmente sensíveis.

4. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR: o contraponto na biomedicina?

As unidades de saúde familiar possuem papel importante do ponto de vista do cuidado integral das populações. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua Declaração de Alma-Ata consagra os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como cuidados essenciais e a estratégia mais adequada para a melhoria do acesso e o contato entre as populações e os cuidados em saúde (OMS, 1978).

Estes valores que orientam a base conceitual dos Cuidados de Saúde Primários, organizados por esta Declaração de Alma-Ata podem ser descritos como: a) a saúde como um direito humano fundamental e o alcance do mais alto nível de saúde possível é a meta social mundial mais importante, sendo alcançada no trabalho em rede com outros setores sociais e econômicos; b) a desigualdade nos estados de saúde dos povos é inaceitável política, social e economicamente; c) que os cuidados primários de saúde como parte integrante do sistema de saúde do país e função central do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (OMS, 1978).

Dentro disso, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são construídos com a estratégia de interação mais íntima com o território e a personalização dos projetos de cuidados de acordo com a necessidade dos seus públicos-alvo. Assim, incluem o trabalho em rede com outras instituições e setores da própria comunidade. Além disso, possui métodos para a prevenção, controle, a promoção e a previsão do quadro de saúde da população a qual assiste e o cuidado

continuado em saúde com programas que visam cuidar de todas as fases do desenvolvimento humano (saúde materno-infantil, planejamento familiar, saúde do idoso, etc.) e da prevenção e tratamento de doenças crônicas e endêmicas (diabetes, hipertensão, etc.) (OMS, 1978).

A OMS, em 1986, na primeira Conferência sobre Promoção à Saúde, em sua Carta de Ottawa, identificou a promoção de saúde como elemento que trabalha de forma a intervir em diversas vertentes: na construção de políticas saudáveis (para além da prestação de cuidados em saúde, mas inscrevendo a saúde na agenda política); na criação de ambientes favoráveis (evitar o isolamento da saúde de outros interesses e ir na direção sócio-ecológica da saúde); no reforçamento da ação comunitária (intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo decisões, planejamento de estratégias e participação de outros atores sociais na comunidade); no desenvolvimento das competências pessoais (melhoria da informação, da educação para a saúde e reforços das competências que habilitem uma vida saudável); ao reorientar os serviços de saúde (a saúde como assunto compartilhado com os indivíduos, grupos comunitários, profissionais e instituições de saúde e com os governos). Sendo a prestação de cuidados, holismo e ecologia como temas essenciais para o desenvolvimento de estratégias para a promoção de saúde e conceito chave para os cuidados individuais e familiares (OMS, 1986).

Os CSP investidos na condição de USF são reconhecidos como a porta de entrada principal para a utilização de outros serviços de saúde, bem como a continuidade dos cuidados e centralidade na família e no indivíduo. Esta estratégia visa ir na contramão da tendência que se vê em alguns países, que fragmenta de modo exagerado o olhar da saúde com a “hiper” especialização dos profissionais e da área. Esta atenção especializada, consequência da cultura biomédica, – possuidora, por sua vez, influencia filosófica de Descarte, cuja compreensão do corpo humano é análoga ao de uma máquina (Murta & Sanson, 2017) – exige mais recursos do que a atenção primária e dá mais ênfase à enfermidade do que as prevenções e as promoções em saúde (Starfield, 2004).

4.1. Abordagem do Cuidado Centrado na Pessoa

Com o intuito de ir na contramão dessa especialização, o método utilizado neste tipo de estratégia visa apreender as realidades de formas mais complexas e aprofundas, e é o Centrado na Pessoa. O cuidado orientado para a pessoa significa “*garantir uma abordagem holística que considere aspectos físicos, emocionais e sociais, o passado e o futuro de cada um e as realidades do contexto em que cada indivíduo vive*” (OMS, 2008). A consequência de uma

visão mais fragmentada e especializada no cuidado, como dita anteriormente, não levam em consideração, por exemplo, a especificidade familiar e o contexto de cada comunidade o que fazem com que não sejam levados em considerações importantes aspectos dos problemas de saúde como, por exemplo, a violência doméstica (OMS, 2008).

O que é hoje reconhecido como uma noção importante para o trabalho no campo da saúde, de modo geral, tem como fundamento o termo criado pelo psicólogo americano Carl Rogers no começo dos anos 1940 (Morgan e Yoder, 2012). Para Rogers (1959) o termo “centrado na pessoa” é utilizado para indicar, na psicoterapia, uma aproximação a partir da aliança efetiva entre empatia e coerência, levando em consideração a cultura e a construção pessoal de cada utente. É criada, a partir disso, uma aliança que está alicerçada na valorização da história única de vida de cada pessoa e no equilíbrio da relação de poder entre paciente-profissional. Esta maior simetria da relação de poder estabelecida entre utente e profissional consegue promover maior autonomia, maior envolvimento no processo de saúde e noção do próprio corpo e, portanto, maior implicação de si mesmo (Louw et al, 2017).

Mais tarde, este conceito é amplamente utilizado e desenvolvido pela medicina de saúde familiar. O termo Centrado na Pessoa, tem sido reconhecido como um dos elementos cruciais na qualidade dos serviços em saúde e muito necessários no redesenho dos cuidados em saúde nas nações (IOM, 2001). Autores importantes nessa difusão dentro da medicina, como Mead e Bower (2000; 2002) classificaram a Abordagem Centrada na Pessoa em 5 dimensões importantes: a) a necessidade da perspectiva biopsicossocial; b) o reconhecimento do paciente como pessoa; c) compartilhamento de poder e responsabilidade; d) a terapia como uma aliança; e) o médico como pessoa.

Na investigação realizada por Louw et al (2017) a Abordagem Centrada na Pessoa como uma prática médica pode conter soluções para vários problemas nos cuidados em saúde, incluindo custos dos serviços, resultados em doenças crônicas. Mesmo a abordagem ainda precisando de mais pesquisa e desenvolvimento conceitual, os autores também consideram a Abordagem Centrada na Pessoa como um imperativo ético.

A visão biopsicossocial como um dos elementos centrais faz contraponto com o modelo biomédico prescritivo que centra mais na doença que na pessoa em si. Essa atitude médica mais prescritiva e técnica acabam por negligenciar os diferentes estilos de vida, os regimes terapêuticos, as condições financeiras e as perspectivas de vida que diferem de família para família. A falta de preparação dos prestadores de saúde neste sentido, podem contribuir para as

iniquidades em saúde e agravos nos conflitos interculturais, além da manutenção da estratificação social seja pela discriminação, seja pela estigmatização (OMS, 2008).

Neste sentido, Starfield (2004, p.) contribui ao dizer que

A atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive. Além disso, raramente as enfermidades existem de forma isolada, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo. Assim, os especialistas em enfermidades podem oferecer a atenção mais apropriada para as enfermidades específicas dentro de sua área de competência especial, mas um profissional de atenção primária deve integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo.

Com isso, as Unidade de Saúde Familiar, fazendo parte de um dos braços dos Cuidado de Saúde Primário, possui uma estratégia de ação no território que visa a promoção e busca ativa de seus público-alvo, dando uma atenção em saúde mais completa e levando em consideração o território, a cultura e a pessoa.

Esta ideia de um trabalho de proximidade com o território é uma característica importante dentro da USF já que esta estratégia possui como vantagem o conhecimento da realidade mais profundada possível. A partir dessas informações demográficas, sociais e políticas apreende-se as nuances do estado em saúde dessa população assistida, bem como seus limites e potencialidades. Por esse serviço trabalhar de forma íntima com a população geograficamente organizada em um espaço, dá-se a oportunidade da organização maior de rastreamento dos principais problemas, planejamento das atividades de promoção e prevenção em saúde, maior conexão entre a comunidade e os serviços de saúde e os cuidados mais continuados em saúde (Melo e Campinas, 2010).

Segundo Estrela (2009, 47), a prática de cuidado continuado de cada utente e suas famílias, de prevenção e promoção em saúde, reúne condições para implementação de um modelo biopsicossocial cultural de saúde, “já que se poderão aperceber mais facilmente das interações complexas existentes entre o componente físico, psicológico, social da doença e da importância que os aspectos culturais têm nas atitudes e comportamentos dos indivíduos, como resposta à situação de saúde ou de doença”. Este modelo de saúde tem a potencialidade de apostar na *produção do cuidado* que segundo Emmerson Mehry (1999) não tem objetivo centrado na cura, mas na produção do cuidado que é criado a partir do vínculo entre usuário do serviço de saúde e profissional/serviço de saúde, que por sua vez viabiliza o processo de cura.

Esta estratégia de saúde utilizada pela Unidade de Saúde Familiar leva em consideração as diferentes expertises e compõe em sua equipe de saúde um trabalho inventivo, inovador,

personalizado e, sobretudo, multiprofissional. A descentralização da figura do médico e do modelo puramente prescritivo biomédico, faz com que este novo fazer do trabalho com a saúde esteja mais aproximado com realidades que vão para além da manifestação física de um problema.

4.2. Evolução do modelo de Cuidados de Saúde Primária em Portugal

No contexto português, os CSP passaram por inúmeros processos de reformas organizacionais até chegar ao conhecido atualmente. Em 1971 reconhece-se em Portugal o direito a saúde, marcando a primeira geração dos centros de saúde – fruto da integração de outras instituições. Em 1979 esse serviço se consolida com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em que se é defendido os direitos à proteção da saúde como um serviço nacional, universal, geral e com o dever do Estado de garantir o acesso. Há uma ampliação dos centros de saúde para cobrir todo o território nacional e prestar cuidados para toda a população portuguesa. Neste momento, estes centros se preocupavam com questões epidemiológicas e de saúde pública, nomeadamente, vacinação, vigilância materna infantil e saúde escolar (Barbosa, 2010; Rocha e Sá, 2011; Monteiro et al, 2017).

A segunda geração do desenvolvimento da CSP, em 1983, advém do Despacho Normativo 97/83 em que é criada a carreira médica de Clínica Geral. Neste momento os centros de saúde possuíam uma estrutura predominantemente burocrática pela dependência de estruturas sub-regionais que respondem as Administrações Regionais de Saúde (criadas em 1982) (Monteiro et al, 2017).

Fruto de inúmeras críticas e de insatisfações que refletiam em um desajuste tanto dos profissionais de saúde como dos utentes, em 1991, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral publicou um documento que sugeria uma evolução dos cuidados em saúde desempenhados pela medicina geral e familiar. A partir disso, foram criados projetos experimentais que visavam dar maior inovação organizativa aos modelos existentes de cuidados em saúde (Rocha e Sá, 2011).

O primeiro projeto, criado em 1996, Projeto Alfa, visava a criação de um novo modelo de funcionamento em que pudesse atender melhor as necessidades dos profissionais de saúde. Neste modelo abriu-se para uma maior autonomia na gestão, nova organização do trabalho em equipe e maior responsabilização pela melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados (Monteiro et al, 2017).

A partir dessa nova estrutura de trabalho em saúde, criou-se o Remuneratório Experimental (RRE), em 1998, que deu início a uma nova modalidade remuneradora dos profissionais de saúde, visando o incentivo para melhores desempenhos. O RRE define-se como *uma componente salarial associada à quantidade de trabalho e a qualidade do desempenho profissional, constituindo-se uma vertente de capacitação ponderada em alternativa ao tradicional modelo salarial*” (Monteiro et al, 2017, 726). A avaliação desse modelo foi expressamente positiva e deu abertura para iniciar um novo processo de contratação e remuneração dos Centros de Saúde e a sua ampliação para outras instituições.

Em 2005, inspirado no modelo de países como o da Inglaterra – referência internacional na área de cuidados primários à saúde –, o Ministério da Saúde português planeja uma reforma aos Cuidados de Saúde Primários com a implementação da *Missão para os Cuidados de Saúde Primários* (MCSP). Esta tinha como objetivo conduzir um projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar (USF) (Leone et al, 2014).

Alguns autores chamam esta reformulação como a primeira do modelo de reformulação das CSP, sendo esta mudança composta por duas fases principais. A primeira etapa, como já foi dito, teve início em 2005 com a criação das unidades de saúde familiar (USF) *unidade funcional multiprofissional, com autonomia funcional e técnica, com o objetivo de prestar cuidados de saúde primários personalizados*. A criação da USF irá propor o melhoramento da acessibilidade e aproximação dos cuidados em saúde aos indivíduos, além disso, melhorar a satisfação dos profissionais de saúde com melhores condições de trabalho e remuneração que possam incentivar boas práticas em saúde (Pisco, 2007; Leone et al, 2014).

A segunda fase, iniciada em 2009, compreende em uma mudança estrutural que visa agrupar os serviços de saúde por regiões a fim de melhorar a comunicação, minimizar processos burocráticos, reduzir custos e ter mais eficácia nas respostas em saúde. Possui em sua prática o trabalho em rede com outras instituições e a nível geográfico-territorial.

O ACeS (Agrupamento dos Centros de Saúde) é composto por outros serviços que prestam CSP: a) a Unidade de Saúde Familiar (USF) – cuidado de saúde à pessoa e a família; b) a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – prestação de cuidados de saúde que incluem apoio psicológico e social territorial e domiciliar, notadamente, na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde; c) a Unidade de Saúde Pública (USP) – coordenam intervenções orientadas para garantir o bem público comum no domínio da saúde e funcionam como observatórios da saúde local; d)

a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) – tem dimensão idêntica à prevista para as USF e presta cuidados personalizados, distinguindo-se pelo nível de desenvolvimento e de dinâmica de equipe. Na USF cada utente precisa estar associado a um médico de família, podendo não ser aceita mais inscrições em caso de atingimento do limite máximo de famílias por equipe médica, sendo que na UCSP todas as pessoas podem ser inscritas sem necessariamente estar associado a um médico de família; e) a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) – faz apoio técnico-assistencial a todas as unidades e possui competências assistências específicas (higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutrição e outros profissionais em saúde) (Pisco, 2007).

Todas essas unidades funcionam de forma autônoma e multiprofissional a fim prestar cuidados no território de abrangência, respeitando as especificidades dos indivíduos. Esta segunda etapa sofreu alguns problemas e críticas relacionados principalmente com a gestão e ausência de recursos humanos que dessem conta da estrutura criada (Pisco, 2007; Leone et al, 2014).

Está organizado, portanto, os serviços de CSP por Agrupamentos dos Centros de Saúde que responde a uma Administração geograficamente repartida, obedecendo as regiões do país. Há cinco Administrações Regionais de Saúde: do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve. Cada ARS tem os seus ACeS que por sua vez possui as Unidades de Saúde agrupadas em sua estrutura também respeitando divisões territoriais. Cada ACeS é gerido por uma equipe composta por um Diretor Executivo e um Conselho Clínico podendo haver outras estruturas a depender de cada ACeS. Até o momento, há um total de 47 ACeS.

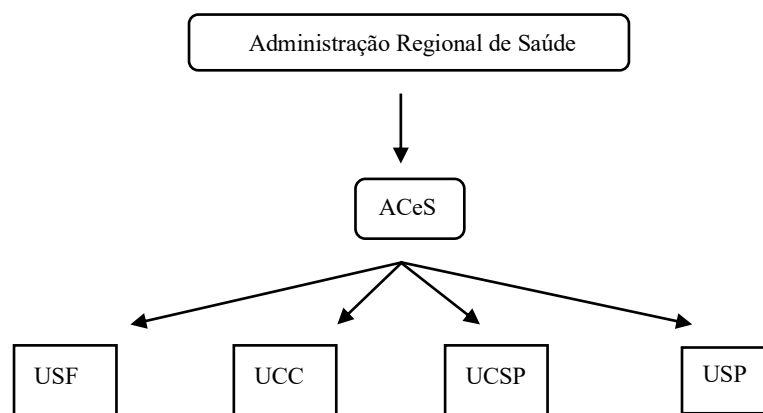


Figura 5. Modelo Organizativo dos Cuidados de Saúde Primários.

Fonte: imagem própria.

No estudo feito por Rocha e Sá (2011) verificou-se avanços importantes na mudança de implementação de cuidados de saúde familiar, como também desafios para serem trabalhos. São destacadas a acessibilidade organizacional: flexibilidade de horários de funcionamento mais alargados (entre 8h-20h) e atendimentos aos sábados; “consultas ampliadas” por intersubstituição, em que o usuário do serviço consegue ser atendido normalmente mesmo que não consiga atendimento no dia com seu médico de família e os cuidados no domicílio em que foram alargados os cuidados de atendimento domiciliar em caso impedimento da mobilidade.

O trabalho em equipe foi reconhecido pelos profissionais de saúde como um dos pontos de avanço. As decisões serem mais descentralizadas e amplamente discutidas com todos os trabalhadores da saúde, mais reuniões, mais autonomia para decisões de questões técnico-operacionais. Além de melhoria na qualidade dos serviços (maior cumprimento dos padrões e alinhamento das decisões tomadas, maior utilização de programas assistenciais como planejamento familiar, vigilância às doenças crônicas e saúde infantil).

Além disso, a inovação tecnológica e informática que promoveram maior e melhor comunicação tanto internamente quanto com outros serviços e instituições de saúde. Esta inovação tecnológica também é sentida na marcação de consultas e no acompanhamento dos utentes dos serviços.

Como desafio, os estudo verificou pontos sensíveis da estrutura como: a integração dos CSPs das USFs com outros níveis de cuidado, demora do acesso aos níveis mais especializados, insuficiência na divulgação dos CSP nos meios de comunicação (TV, rádio ou jornais), insuficiência da utilização dos sistemas informatizados (pouca alimentação da base de dados implementada), falta de profissionais para compor a rede de cuidados, acarretando na sobrecarga de trabalho, alguns vícios das práticas profissionais arraigadas em modelos antigos de trabalho (como por exemplo o trabalho mais isolado).

A mudança e a reorganização dos CSP em USF também compreendeu que as novas unidades estavam organizadas de modos diferentes. Criou-se, portanto, diferentes modelos organizacionais que serviam de uma espécie de avaliação do estado das unidades de saúde e davam a elas diferentes patamares de autonomia e incentivo financeiro.

Estabelecido pelo Decreto de Lei nº298/2007 que consagra a existência de dois principais modelos diferentes para as USF: modelo A e B. O modelo A correspondente a uma unidade que está em fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipe de saúde familiar. Reflete uma unidade que ainda possui um trabalho individualizado e em transição para este novo processo de trabalho em conjunto e multiprofissional. Aqui neste modelo há a

possibilidade de contratualização interna (contratação de serviços adicionais pagas em regimes de trabalho extraordinário) (Monteiro et al, 2017).

O modelo B corresponde a USF com profissionais cuja prática de trabalho em equipe já é efetiva. Há, neste modelo, a presença mais amadurecida e mais aproximada daquilo que seria um projeto de prestação de cuidados de saúde familiar. Neste modelo há também uma maior responsabilização com o processo de contratualização, pois pertence a um nível de desempenho mais exigente (Monteiro et al, 2017).

Nestes modelos dois modelos estão previstos o direito de incentivo financeiros que desde de 2007, no Decreto de Lei n.298/2007, consagrou e ampliou mais ainda esta possibilidade para todas as USFs.

O processo de contratualização, mencionado anteriormente, é considerado “como o instrumento necessário para alcançar uma maior eficiência dos recursos utilizados, um acesso mais alargado e facilitado aos serviços de saúde, uma prestação de cuidados de elevada qualidade e maior enfoque na promoção da saúde e prevenção da doença”. Além disso, é também compreendido como um instrumento importante de apoio ao financiamento, visando uma maior equidade e garantia dos direitos de acesso à saúde por parte dos cidadãos e mais mecanismos de correção de funcionamento. Além de promover também maior autonomia das UFS de contratação de profissionais com necessidades e exigências de um determinado território, maior motivação profissional e descentralização dos processos decisórios e gestão dos recursos profissionais de quem está na linha da assistência (Araújo, 2000; Escoval, 2010; Monteiro et al, 2017).

As Agências de Acompanhamento de Serviços de Saúde (AASS), criada em 1997, mais tarde designada como Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde (ACSS) são as entidades interventivas no sistema de saúde. É distribuída uma para cada região de saúde e estão representados os cidadãos e a administração, possui a missão de explicitar as necessidades de saúde e assegurar a melhor utilização dos recursos públicos destinados para esta área (Monteiro et al, 2017).

A respeito deste processo de contratualização, Araújo (2000, 1) afirma que “os contratos substituíram a governação das relações entre serviços públicos baseadas na hierarquia, alegando-se que desta forma haveria mais responsabilização, menores custos e maior qualidade no fornecimento dos serviços. Os contratos são a resposta aos problemas internos de gestão dos serviços públicos com o recurso a factores externos, alterando assim a macroestrutura da Administração Pública”.

Monteiro et al (2017) corrobora com a afirmação supracitada e alega que o modelo de contratualização interna apresenta-se como um modelo de gestão participativa e cria consistência entre todas as atividades de organização, pois alinha as atividades com a estratégia apresentada visando alcançar os objetivos apresentados. Ou seja, respeitando os parâmetros criados para o nível de desempenho e desenvolvimento estabelecidos de uma unidade de saúde, os gestores poderiam, na prática, fazer um processo de seleção e contratação de acordo com as necessidades do território.

Assim, a Reforma do modelo organizativo de saúde em Portugal é reconhecido como um momento importante avanço para os CPS. A criação da Unidade de Saúde Familiar e de todas as outras Unidades de suporte e prestação de cuidados dão uma tônica diferenciado ao modelo antigo de se fazer saúde, modelo este que se caracteriza, principalmente, pela configuração de um trabalho hiper especializado e solo. Na contramão disto, os CPS na condição de prestação de cuidados através da USF vão na direção de um trabalho mais compartilhado e multidisciplinar que possa abarcar aspectos biopsicossocial e cultural das pessoas. Com a abordagem centrada na pessoa, o modelo de cuidados visa promover a saúde integral da família, ser acessível, humanizado e combater as inequidades em saúde, levando em consideração todos os aspectos de influência (social, psíquica, cultural e política) na questão da promoção, prevenção e doença do utente.

Parte II: ESTUDO DE CASO

São alargados os estudos nas ciências sociais e humanas que verificam as faltas e as incoerências das políticas e práticas em saúde quando pensadas à questão da imigração. Pensando nisso, nasceu a vontade de querer estudar um caso que estivesse indo na contramão dos insucessos de cuidados destinados a esta população, e que fosse um caso concreto na direção de um olhar mais comprometido e atento para as adversas situações que muitos imigrantes vivem.

A partir disso, a escolha da Unidade de Saúde Familiar da Baixa veio aliar as temáticas de saúde pública e cuidados de saúde primários, defendidos e acreditados pela minha trajetória pessoal e profissional, aliados com a temática da saúde da população imigrante, tema de interesse. Com isto, visualizei a possibilidade de estar mais perto de um caso no qual teve e tem uma grande repercussão midiática justamente pela promessa e pelo trabalho que faria e faz em um dos bairros tido como um dos mais “multiculturais” de Lisboa.

Dito isto, a escolha desse campo aliou os cuidados em saúde com a preocupação de enxergar as necessidades de uma população muitas vezes invisibilizada e submetida aos não pertencimentos de uma vida de deslocamentos. Além disso, a presente investigação lida com um caso muito conhecido e reconhecido pela mídia, contudo, nunca estudado nos meios acadêmicos, verificando a originalidade e necessidade deste trabalho.

Sendo assim, através da análise da Unidade de Saúde Familiar (USF) da Baixa pretendeu-se dar voz, sob a luz da competência cultural, para uma das bases de cuidados na unidade de saúde, cuja vértebra sustentadora é a aproximação da população imigrante.

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A presente investigação tenta refletir porque e de que forma a instituição Unidade de Saúde Familiar da Baixa (USF Baixa) é considerada como exemplar e uma boa prática de construção de competência cultural na aproximação das necessidades em saúde da população imigrante.

Optou-se por focalizar a observação na *interface* utente imigrante – unidade de saúde – profissional de saúde. Admite-se que se trata de uma relação dinâmica, de afeiçoamento mútuo, pelo que a análise se centra nos três vértices da interface:

- ◆ os desafios que são colocados aos profissionais de saúde diante do trabalho com esta temática;
- ◆ as ações implementadas pela instituição para melhoria do acesso e vínculo da população imigrante à mesma;
- ◆ a opinião dos utentes sobre o atendimento e as ações em saúde propostas pela Unidade.

A avaliação final à exemplaridade do caso da USF Baixa será feita sob a luz do modelo crítico de “boas práticas” em saúde a que nos referimos mais adiante.

A metodologia utilizada para a investigação é de cunho qualitativo, visando, através do estudo de caso, compreender as nuances das dinâmicas sociais e culturais no impacto da saúde. Segundo Minayo (1999, 22) a utilização de métodos de análise qualitativo nas pesquisas e investigações presta atenção ao particular e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, dando espaço para o trabalho com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes “o que corresponde a um espaço mais profundo das reações (...)”.

O estudo de caso, por sua vez, é, segundo Venesson (2008), uma estratégia de pesquisa baseada no aprofundamento empírico da realidade social que permite, porém, elucidar ou aperfeiçoar a compreensão teórica da mesma.

O presente estudo foi traçado a partir de uma aproximação com a perspectiva de *interface* proposta por Pussetti (2012; 2014). Nesta perspectiva, procurou-se dar espaço a comunicação livre e privilegiar narrativas que pudessem exprimir a apreensão e avaliação do universo relacional dado a partir do encontro entre essas esferas. Pesquisar em uma perspectiva de interface significa não amparar apenas a problemática de um grupo ou tema específico, mas ir na direção de análise de um campo social. Nos termos de Pussetti, trabalhar “nas margens e nas fronteiras” em um estudo em que valorize “os diferentes elementos que estão presentes na emergência de um campo”.

Em relação à análise da “exemplaridade”, a presente dissertação vai recorrer à crítica ao modelo avaliativo de boas práticas em saúde e migração feita por Padilla, Hernández-Plaza e Ortiz (2012). As autoras fazem uma crítica dessa ferramenta, considerada de grande relevância e utilidade para o desenho e avaliação de políticas e programas (que na bibliografia anglo-saxónica se designa abreviadamente de “*policy-making*”), mas que possui, em seu entender, lacunas analíticas importantes que precisam ser discutidas com mais profundidade.

As autoras refletem, a partir de um estudo concreto de uma Unidade Móvel de Saúde, sobre a compreensão do que é sugerido como boa prática, os modelos avaliativos da mesma e as suas implicações política, teórica e prática. Pensam que as boas práticas acabam por servir como referência para outras avaliações de intervenções, constituindo-se como “modelo a seguir”. Mas, acautelam, sem aprofundar e situar os conceitos que estão sendo utilizados para definir o que seria considerado como “boa” prática ou “má” prática acabam, por vezes, sendo repetidas sem preocupação crítica e sem atenção aos contextos. As autoras acrescentam que “*as boas práticas não devem ser encaradas como receitas, mas sim como modelos de intervenção tão diversos como diversas são as comunidades*”.

Ainda no quadro do estudo de caso, a análise do discurso midiático neste projeto será de grande importância, pois ajuda a construir uma narrativa criada em torno da instituição que é lançada como caso de sucesso e boa prática em saúde dentro da categoria médica de Cuidados Primários em Saúde que tem como público-alvo as populações e um território marcados pela imigração. Para o efeito, foi escolhido analisar diversas notícias publicadas por vários meios de comunicação como os jornais eletrónicos: Sapo, RTP, TVi, Notícias ao Minuto, Diário de Notícias, Sic Notícias, SNS, JustNews, etc., durante o período de 2016 até os dias atuais.

Ao levar em consideração que a produção de todo discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e distribuída para um fim (Foucault, 1970) e que, por isso, nenhum discurso acontece de forma aleatória e sem efeitos, procurou-se a partir desta análise do discurso midiático, compreender as narrativas empregadas em torno da unidade de saúde, em que se baseia (estratégias, intervenções, procedimentos) a atribuição desse título de boa prática em cuidados da saúde da população em geral e averiguar em que medida é replicado quando se trata da população imigrante. Padilla e colegas chamam atenção para o que consideram ser uma tendência que percebem em Portugal: o fato de muitos projetos e intervenções serem consideradas como de sucesso por apenas destinar-se às populações vulneráveis.

Para a operacionalização, foram criadas algumas dimensões de análise inspirada nos estudos supracitados e adaptadas ao contexto:

a) aproximação: toda e qualquer ação considerada como esforço de aproximação e rompimento de barreiras no acesso a e na prestação dos cuidados em saúde da população imigrante: projetos, presença de mediadores culturais, habilidades linguísticas, etc. e a relação profissional de saúde – utente e profissional – território.

b) relações de poder: foi constatado que “a intervenção e avaliação das boas práticas em matéria de saúde e imigração não são atividades alheias às dinâmicas de poder entre os diversos atores envolvidos” (Padilla et al 2012, 11) e que há evidências de uma relação entre as desigualdades no estado de saúde sofridas pela maior parte da população imigrante e as relações desiguais de poder. Um acesso desigual aos recursos, capacidades e direitos, conduz assim a desigualdades na saúde (Popay et al, 2008). A competência cultural em saúde é também compreendida enquanto construto que mexe com as estruturas de poder organizadas no discurso biomédico (Pussetti, 2017) (Cross, 1989).

Sendo assim, nesta dimensão serão pensadas as relações estabelecidas entre os profissionais/funcionários da saúde e os utentes imigrantes; ações de empoderamento desta população sobre seus direitos em saúde e promoção do conhecimento, considerar a doença como múltiplos fatores de influência, valorização do conceito do utente sobre corpo, negociação da terapêutica entre profissional e utente, compreensão da cultura e de outros fatores (sociais, econômicos e políticos) na interferência do estado de saúde.

c) formação continuada: treinamentos, capacitações e feedbacks continuados que propiciem o atendimento mais sensível a população imigrante e resposta a desafios mais específicos que requeiram a competência cultural (autorreflexão das práticas e intervenções em

saúde, conhecimento das políticas de saúde vigentes no país, conhecimento do estado de saúde dos utentes público-alvo).

O conjunto de dimensões analíticas aqui consideradas é importante para compreender o impacto que esta unidade de saúde familiar possibilita a redução de:

- desigualdades na saúde
- das barreiras no acesso à saúde
- das assimetrias de poder a que os utentes imigrantes presentes no território estão particularmente expostos.

Assim sendo, esse percurso metodológico permite revelar a relação entre competência cultural e a boa prática nos cuidados e necessidades em saúde da população imigrante.

As técnicas de recolha de dados irão seguir em três direções para apreensão de informações e dados: i. análise de fontes documentais (análise de documentos e registos sobre a unidade de saúde, de artigos de jornais, sites oficiais do SNS, e monografias académicas, etc.); ii. diário de campo (registros da observação-participante e dos acompanhamentos às consultas médicas); iii. entrevistas semiestruturadas com os profissionais e funcionários da unidade de saúde e utentes imigrantes.

1.1. Participantes

Foram entrevistados 15 trabalhadores da Unidade de Saúde da Baixa, incluindo 6 médicos e médicas, 5 enfermeiras e enfermeiros, 1 assistente social, 3 assistentes técnicos. Com relação aos utentes, foram entrevistados 16 utentes, sendo 10 pessoas do Bangladesh, 4 pessoas do Nepal, 1 do Brasil e 1 de Guiné-Bissau.

As entrevistas com os trabalhadores da unidade de saúde foram feitas no próprio ambiente de trabalho (na sala de atendimento ou em algum espaço reservado da Unidade) e foram marcadas conforme a compatibilidade das agendas da equipe de saúde e o tempo da investigação.

Os utentes foram escolhidos a partir da abordagem direta feita na sala de espera da Unidade de Saúde e dos casos acompanhados na consulta ou recomendados pelos profissionais de saúde. O conhecimento de outras línguas também foi um crivo de escolha dos utentes entrevistados, haja vista a necessidade da exigência da compreensão do que estava sendo conduzido dentro da entrevista, ficando de fora, portanto, casos de pessoas cujo domínio de um idioma em comum não era possível.

Todas as entrevistas dos utentes foram respondidas em inglês, exceto os utentes brasileiro e guineense que fizeram as entrevistas em português. Todos os outros utentes tiveram suas entrevistas com livre tradução para o português.

Alguns entrevistados ficaram de fora da análise dos resultados da presente pesquisa por motivos de recorte sobre a temática escolhida.

1.2. Questões éticas

O presente projeto enquadra-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo, tendo o protocolo deste projeto sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Direcção-Geral de Saúde, seguindo as diretrizes de exigências do Ministério da Saúde e da pesquisa académica em geral. Por tratar-se de pesquisa envolvendo instituições de saúde e seres humanos, o acesso aos dados foi previamente autorizado pelos representantes da instituição referida e seguiu rigorosamente procedimentos institucionais relativos ao trânsito de informação e acesso a dados.

Todas as pessoas envolvidas na pesquisa durante a investigação participaram mediante plena concordância dos mesmos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado em duplicado. Para garantia do anonimato e proteção dos dados dos entrevistados, nas publicações finais de resultados, foi usada a categoria “profissionais” para se referir a todos os profissionais/funcionários/trabalhadores da Unidade de Saúde Familiar da Baixa para que não houvesse identificação dos mesmos. Para os utentes, foram usadas siglas, quando descreve um caso específico de um utente, ou a categoria “utente” em substituição dos nomes dos participantes, salvaguardando a sua privacidade.

2. A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA BAIXA

A Unidade de Saúde Familiar da Baixa inaugurada no dia 17 de novembro de 2016, faz parte do modelo de Reforma dos CPS em Portugal, que passa da estrutura de UCSP São Nicolau para USF da Baixa modelo este que é repensado a partir das reformulações das políticas de Cuidados Primários de Saúde.

Localizada zona baixa de Lisboa, a USF da Baixa é batizada desta forma pela popularização ao qual esta região é conhecida “a Baixa”, região esta marcada pelos traços da diversidade cultural através da presença marcante da população imigrante a viver nesta localidade. A sua construção foi fruto de uma vontade política de fazer mais visível e mais

moderna o estabelecimento de saúde que servia a esta região. Por isso, a Unidade de Saúde da Baixa também nasce com a proposta de criar um olhar mais sensível para a saúde da população imigrante ali residente e, com isso, a preocupação com a integração na sociedade.

A USF da Baixa é uma unidade que está integrada ao ACeS Lisboa Central, que faz parte da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). O ACeS Lisboa Central é composto por um conjunto de outras unidades de saúde: 6 UCSP, 11 USF, 1 URAP, 1 Unidade de Medicina Dentária e 1 USP que são serviços pensados para as necessidades em saúde dos utilizadores desta localidade.

A área de abrangência territorial de cuidado da USF da Baixa corresponde à nova freguesia de Santa Maria Maior que, atualmente, incorpora 12 antigas freguesias (Castelo, Madalena, Mártires, Sacramento, Santa Justa, Santiago, Santo Estêvão, São Cristóvão, São Lourenço, São Miguel, São Nicolau, Sé e Socorro) existentes antes da reforma administrativa de 2012. Estima-se, segundo o último censo de 2011, que a população desta freguesia corresponde a 2% da população de Lisboa, que por sua vez possui uma população de 547.773 pessoas.

2.1. Caracterização

a) Público-alvo

Estão inscritas 14.691 pessoas pertencentes à freguesia sob cuidados da USF da Baixa com a maior população de homens (7.112) que mulheres (7.579), concentrados em sua maioria entre 30 a 45 anos, sendo uma população mais jovem.



Figura 6: quadro de caracterização dos utentes da USF da Baixa

Fonte: imagem retirada do site BI-USF. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30027/3111772/Pages/default.aspx>

b) Utentes imigrantes da USF da Baixa

Como já foi dito anteriormente, cerca de 30% dos utentes inscritos na USF da Baixa possuem nacionalidade estrangeira, correspondendo mais de 4.400 imigrantes com médico de família e inscritos na USF da Baixa. Desta população, Bangladesh é a nacionalidade com maior expressão entre a população imigrante/estrangeira com 23,5%, seguidos de nepaleses (19,2%), brasileiros (10,7%), indianos (9,7%) e chineses (4,9%).

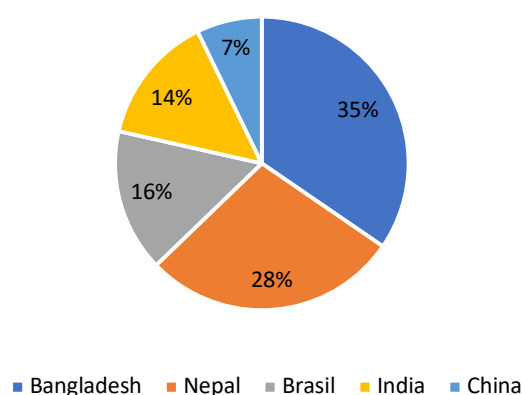


Figura 7: nacionalidade de utentes estrangeiros em percentual.

Fonte: gráfico próprio com dados retirados do site BI – USF da Baixa. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30027/3111772/Pages/default.aspx>

c) Funcionários

A USF da Baixa conta com uma equipe de nove médicos/as, nove enfermeiras/os, cinco assistentes técnicas, duas assistentes operacionais, sete internos, funcionário de segurança e funcionárias de serviços gerais. Possui também profissionais que apoiam a unidade de saúde com os serviços em assistência social e psicologia advindas da URAP.

A ideia deste tipo de serviço é de que cada microequipe, composta por médico e enfermeiro, possam assistir uma lista de utentes inscritos. Por isso, todos os utentes inscritos no modelo de USF possuem médicos de família que os acompanham.

Dentro do modelo organizativo proposto pela reforma dos CSP, ela é considerada como modelo de USF A que irá passar para o modelo B de mais maturidade, podendo ter mais incentivos financeiros e projetos.

d) Carta de serviços básicos

Nas consultas de medicina geral e familiar oferecidos aos utentes pode-se contar com:

- i. consultas programadas (saúde do adulto, diabetes, saúde infantil e juvenil, saúde materna e planeamento familiar);
- ii. consulta do dia ou consulta aberta (corresponde a consultas que os médicos e as médicas de famílias disponibilizam todos os dias em suas agendas vagas distribuídas ao longo do horário de consulta para os utentes sem necessidade de marcação prévia);
- iii. consulta no domicílio (consultas destinadas aos utentes dependentes ou incapacitados de se deslocar até à Unidade por motivos de saúde);
- iv. consulta de intersubstituição (em caso de ausência ou indisponibilidade do médico de família do utente, podem ser atendidos por outro profissional médico);
- v. consultas não presenciais (em casos de avaliação de exames, renovação de receituário crónico, guia de transporte, etc.);
- vi. atendimento telefónico (os utentes podem ser atendidos diariamente de acordo com a disponibilidade médica por telefone).

Nas consultas de enfermagem são oferecidos:

- i. consultas programadas (diabetes, saúde infantil e juvenil, saúde materna e planeamento familiar);
- ii. sala de tratamento (atendimento que ocorre preferencialmente com a marcação prévia, mediante apresentação de guia de tratamento referenciada pela unidade ou de outra instituição);
- iii. consulta no domicílio (acontecem após avaliação da situação clínica que justifique a prestação e cuidados do utente em seu domicílio);
- iv. diagnóstico precoce (“teste do pezinho” que avalia a saúde dos recém-nascidos);
- v. vacinação e administração das vacinas.

A USF da Baixa também articula outros cuidados e referência para outros centros de saúde que cuidam de procedimentos mais específicos ou que não tenham dentro da unidade para ser ofertado. As unidades articuladas fazem parte do ACeS Lisboa Central e são a Unidade

de Saúde Pública, Unidade de Medicina Dentária, URAP (que são constituídas por assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas), Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH, consulta de cessação tabágica, curso de preparação para o parto e parentalidade.

e) Horários e organizações

O horário de funcionamento da USF da Baixa é estendido das oito horas da manhã as oito horas da noite (encerrando o atendimento do secretariado clínico ao público às sete e meia da noite). Dentro deste horário, semanalmente, a unidade organiza reuniões dos grupos profissionais e multidisciplinar. A reunião multidisciplinar ocorre às quartas-feiras no horário das 13h30 às 15h com a participação de todos os profissionais e funcionários. São nestas reuniões que são discutidos casos clínicos, formações temáticas, feedback de formações/eventos/projetos, informações relativas ao trabalho, discussão do conselho técnico ou qualquer outra discussão e informação que precise ser tomada e gerenciada por todos os profissionais da unidade. Já nas reuniões dos grupos profissionais acontecem às sextas-feiras das 14h as 15h com a participação dos profissionais de cada grupo (enfermeiros, médicos, secretários clínicos). Entre eles são discutidos assuntos relativos ao seu trabalho específico, organizativos ou de formação.

f) Acesso ao serviço

Toda e qualquer pessoa pode fazer a utilização dos serviços de saúde, sendo ela estrangeira ou nacional, com a permissão regular de estada no país ou não. Em Portugal não se pode negar atendimento em saúde para nenhuma pessoa. Contudo, os caminhos para este acesso se darão de forma diferente: para que as pessoas possam aceder a qualquer serviço de saúde, mesmo sendo agenciado pelo Estado, em Portugal é necessário o pagamento de taxas. Estas taxas podem ser pagas de forma inteira, ou seja, sem nenhuma moderação estatal ou pode ser cobrada a ‘taxa moderada’, que há a participação do Estado no pagamento da consulta ou da utilização do serviço de saúde, que neste último caso, a pessoa paga um valor reduzido.

A outra condição relativa as taxas é a sua isenção. Nestes casos, o utilizador é isento do pagamento de qualquer taxa, mas para beneficiar-se deste processo precisa reunir condições e atribuições que permitam a supressão de tais taxas. Este é o caso de mulheres grávidas, das pessoas com insuficiência económica ou desempregadas entre outras condições.

Além disso, alguns serviços em saúde são ofertados sem o pagamento de taxa para toda a população inscrita nos serviços. Em sua maior parte, estes serviços fazem parte da estratégia utilizada pelos Cuidados Primários de Saúde e que se traduzirão nos atendimentos de cuidados urgentes e vitais, consultas de planejamento familiar, programas de saúde infantil e materna, tratamento de dor crônica e saúde mental.

De modo geral, em situações em que a pessoa é cidadã nacional de países terceiros que não estão abrangidos por acordos bilaterais e que não possuem atestado de residência ou qualquer documento que comprove a sua situação no país, podem ser atendidos, contudo, pagam as taxas dos serviços de saúde em seu valor total. Estas pessoas também não possuem médico de família atrelado e não podem se inscrever no SNS, obtendo, portanto, consultas específicas e avulsas.

Sabemos que o acesso à saúde para os imigrantes já é sentido por inúmeras barreiras e que esta condição é ainda mais agravada quando se tratam de imigrantes em situação irregular. Tais questões perpassam não somente pelas barreiras burocráticas e concretas dos meios de utilização, como também passam pelo medo, desinformação/desconhecimento, discriminação e preconceito, etc. Estas condições deixam de lado centenas de pessoas que não podem ser atendidas ou que não irão procurar os serviços de saúde.

No caso das USFs, de modo geral, há um limite de pessoas a serem inscritas, o que se diferencia do modelo de UCSP que não podem negar inscrições. No modelo de USF a ideia é de que todos os utilizadores desse serviço possam ter médicos de família associados e que os acompanham. Sendo cada equipe de saúde possui a sua lista de utentes que deve acompanhar e que atingindo um limite não podem inscrever mais pessoas para esta unidade, tendo que se dirigir aos UCSP do mesmo ACeS.

Dito isto, é importante ressaltar que a presente pesquisa não abrange pessoas irregulares já que são utentes inscritos no SNS e que pertencem a USF com médico de família associado. Contudo, a maioria dos utentes entrevistados passaram e conhecem as angústias da irregularidade, da falta de visto e da impossibilidade de mobilidade e deslocamento. Outras experimentam outras angústias, medos e dificuldades como a possibilidade de trazer suas famílias, de ficarem longe de suas famílias, da dificuldade da barreira linguística, do trabalho, da moradia, da precariedade, etc.

2.2. O território de cuidado: a zona da Baixa

Faz-se necessário, para contextualizar, compreender e reconhecer alguns atributos e principais questões que caracterizam o território ao qual a Unidade de Saúde Familiar da Baixa presta cuidados em saúde.

A zona da Baixa é reconhecida como um território com afluência de muitas pessoas de diversas nacionalidades. Esta zona possui extensão incluem bairros como Terreiro do Paço, Rossio, Praça da Figueira, Cais do Sodré, Chiado, Carmo e a Sé, além de pontos e monumentos turísticos como o Castelo de São Jorge, Elevador da Santa Justa, a Igreja do Carmo. A zona da Baixa é também representada, e mais conhecida, pelos bairros da Mouraria e o Martim Moniz, que são áreas que possui a reputação de “multicultural” pelo seu grande fluxo migratório.

Por ser uma região que faz parte do centro histórico de Lisboa e com inúmeras atrações, bares e restaurantes, recebe muitos turistas todos os anos e, atualmente, se confronta com o processo de *gentrification* e, aliados, atualmente, ao processo de especulação imobiliária (Malheiros et al, 2013).

A Mouraria, terreno localizado em Martim Moniz, faz parte da região da baixa lisboeta e é reconhecido como epicentro cultural que serve de metáfora e exemplo para muitos que consideram Lisboa uma cidade “multicultural”. A presença marcante de outras nacionalidades faz, dessa parte da zona da Baixa, se misturar com a história tradicional portuguesa e as histórias de vida dos imigrantes que ali residem. Esta área já passou por inúmeras intervenções estruturais e é marca de um contexto que suscita ambiguidade e ambivalência vão desde características como ‘má fama’ à ‘cultural e cosmopolita’ (Menezes, 2015).

Para Mendes (2012) esta “diversidade cultural” ou “multiculturalismo” – termo usado para a autora para falar da constatação empírica da coexistência de cultura, mas reconhece que é passível de crítica – possui outras configurações quando compreendidas no nível territorial: pode ser constitutivo da justaposição espacial de pessoas com distintos sistemas culturais que constroem ou reconstroem um território comum com uma cultura única ou com uma nova identidade multicultural. Mendes também descreve o bairro da Mouraria como sendo possuidor dessa referência fundamental que confere uma identidade particular a Lisboa e que junto das descrições de um bairro multicultural, popular, pitoresco e típico, há também um sentimento de ameaça à coesão social e territorial provocado pela noção de diversidade.

Este território acaba sendo uma área de disputa em que, muitas vezes, é vista como área de disjunções e polarizações: bairro dos imigrantes e dos estrangeiros versus bairro dos autóctones; bairro típico e histórico versus bairro cosmopolita; bairro exótico versus bairro difamado (Mendes, 2012). Estas polarizações são causas de acirramentos e tensões que

podem ser sentidas entre os residentes e comerciantes autóctones e os residentes e comerciantes estrangeiros (Gésero, 2011 em Mendes, 2012).

São nestas circunstâncias e neste terreno marcado pela forte presença imigrante, disputas e contrastes que é criada a nova sede da Unidade de Saúde Familiar da Baixa. Será dentro dessa intensa diversidade e tensões que esta Unidade de Saúde, situada na Praça do Martim Moniz, cuidará do seu público-alvo que se caracterizará pela sua forte marca migratória. É neste sentido que seu projeto de Unidade de Saúde Familiar também é promovido e chamado pela mídia como a criação de um projeto inovador com o intuito de também ter que enxergar as necessidades de saúde de uma população com mais de 80 nacionalidades que ali reside.

2.3. As narrativas midiáticas acerca da USF da Baixa: a construção da “ilha da tolerância”

A inauguração da sua nova sede com características arquitetônicas modernas, a Unidade de Saúde Familiar da Baixa teve uma intensa visibilidade midiática e com diversos discursos dos envolvidos (tanto da equipe médica como políticos) que enalteciam a importância da criação de uma unidade naquela região e a conquista para a saúde da população imigrante.

A partir disso, esta unidade surge com uma promessa de “fazer diferente num mundo onde existe xenofobia e intolerância” – frase dita pelo médico e coordenador da unidade de saúde no dia da sua inauguração na reportagem da Câmara Municipal de Lisboa (CM, 2016) e também de ser um projeto de “extraordinário instrumento de inclusão do ponto de vista social, econômico e cultural” (País ao Minuto, 2016) – presidente da Câmara Municipal de Lisboa.

No discurso do presidente da Câmara Municipal de Lisboa, reconhece que há mais de 80 nacionalidades moradoras e da intenção de criação dessa unidade para atender também a esta população, como diz Fernando Medina: *“Este centro vai ser um extraordinário instrumento de inclusão do ponto de vista social, do ponto de vista das condições de acesso aos cuidados de saúde, do ponto de vista económico certamente, mas também do ponto de vista da integração social, cultural, étnica, que é tão essencial ao bom funcionamento de uma cidade”*. A construção dessa unidade foi pensada por Antônio Costa em sua gestão como presidente da Câmara Municipal de Lisboa e o ex-primeiro-ministro, José Sócrates, sendo assinado o protocolo de construção na época de gestão do ministro da Saúde, Paulo Macedo.

A USF da Baixa é inaugurada como um projeto de saúde no centro da “Lisboa intercultural” e com os desafios da imigração e da pobreza associado à esta área. Por isso, as

notícias veiculadas que narram sobre a nova sede da USF é reconhecida como uma “ilha da tolerância” e de diminuição das desigualdades em saúde com a maior aproximação do serviço de saúde da unidade (SAPO, 2016). Esta aproximação foi defendida por Antônio Costa, o então primeiro ministro, que disse defender os cuidados continuados como motor da modernização do SNS e que também reconhece os CSP como a melhor forma de possuir um SNS sustentável e acessível (MSN, 2016).

Foram enfatizadas em todas as reportagens a questão de a Unidade de Saúde ser inaugurada na Praça de Martim Moniz, localização esta igualmente enfatizada pela sua “heterogeneidade” populacional. No discurso de inauguração, o ex-primeiro ministro Antônio Costa reafirmou esta característica da região: “a importância desta USF da Baixa ser localizada aqui no Martim Moniz como sendo um pólo fundamental para aquilo que deve ser um espaço de inclusão e de serviços para toda a população da Mouraria em toda a sua diversidade multiétnica, multirracial e multicultural” (RTP, 2016).

O Ministro da Saúde da época, Adalberto Campos Fernandes, compreende uma defasagem no planeamento da saúde das gestões no que diz respeito ao referido território e também menciona as dificuldades e problemas em saúde que assolam esta população (MSN, 2016).

Em todo o investimento midiático, de cobertura da inauguração até os momentos atuais, em torno do novo projeto de Unidade de Saúde Familiar, mencionam o fenómeno da imigração como uma população a ser pensada e com um discurso de inclusão. Como diz a matéria de 2018 feita pelo Diário de Notícias os “(...) equipa de recém-especialistas criou uma Unidade de Saúde Familiar, na zona de Lisboa onde os médicos queriam trabalhar, olhando sobretudo, para quem mais precisava: os imigrantes e os idosos”. Contribui para isto a compreensão de uma Unidade de Saúde Familiar, que para além de uma estrutura física moderna, contém também ideias inovadoras que se aproximam cada vez mais daquilo que seria de fato os Cuidados Primários em Saúde e cuidados à família, atendendo ao território.

Em uma outra entrevista realizada pela JustNews em 2017, o coordenador e idealizador do projeto da USF da Baixa reforça o comprometimento dos profissionais com a maior diminuição possível das barreiras existentes entre serviço de saúde e população moradora do terreno, bem como mudanças que vão contrárias às tendências paternalistas de um modelo de medicina.

Todos esses investimentos midiáticos ajudaram a criar uma narrativa para o projeto de Unidade de Saúde Familiar da Baixa que retratam uma boa prática de competência cultural em

saúde que esta unidade pretende ter. Tais narrativas investem um olhar de esperança em um serviço de saúde que possa trabalhar no encontro com as populações em saúde residentes nessa região e com sensibilidade para questões específicas no atendimento das necessidades de uma população tão diversa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As entrevistas feitas aos profissionais de saúde e funcionários da USF da Baixa foram agrupadas em: i. desafios; ii. principais problemáticas em saúde, iii. potencialidades; iii. limitações. Dentro disso, os **desafios** dizem respeito sobre o que os profissionais de saúde consideravam como sendo os principais desafios no trabalho e no cuidado da população imigrante. Em **principais problemáticas em saúde** foi desenvolvido aquilo em que os utentes e os profissionais consideravam como principais vulnerabilidades que atingiam, sobretudo, a população imigrante. Na categoria **potencialidades**, procurou-se compreender quais as respostas às problemáticas vivenciadas. E, com isso, a compreensão das **limitações**, em que procurou-se dar ênfase aos limites colocadas tanto do próprio sistema de saúde quanto do trabalho em si que pudesse servir de aspecto limitador à atuação e à qualidade dos serviços.

As reflexões feitas também seguem as dimensões de boas práticas em saúde, inspiradas no modelo de Padilla et al (2008), em que faz uma leitura crítica sobre os modelos de ‘policy making’ replicados sem qualquer fundamento e crítica. Estas categorias foram reveladas pelo processo de interface (Pussetti, 2012; 2014) que privilegiou as discussões no espaço empírico de encontro das demandas utente imigrante e profissional de saúde.

3.1. Desafios (utentes imigrantes e profissionais de saúde)

a) Barreiras linguísticas

No que diz respeito aos desafios, a equipe de saúde deu mais relevância para a questão da comunicação e a barreira linguística como principal desafio no trabalho com a população imigrante que não falava português e/ou possui pouco domínio no inglês. Muitos profissionais revelaram o medo de não compreenderem e não serem compreendidos, bem como as tentativas e estratégias criadas para alcançar a comunicação e a falta de recursos mais sistemáticos e institucionais nesse sentido.

Os utentes também revelaram seus medos e as barreiras sentidas neste aspecto. O fato de não dominar o idioma português pareceu ser um incômodo para todos os utentes imigrantes entrevistados e alguns deles falaram também da sua dificuldade com o inglês. Foi verificado também que a maioria das pessoas responsabilizavam elas mesmas pelas incompreensões causadas dentro do atendimento nas USF e não possuíam críticas sobre este serviço de saúde em termos de comunicação.

Quando os imigrantes vêm para cá e falam bem o inglês, estamos a falar de uma capacidade de navegar o sistema de saúde – que já é complicado o bastante. É diferente de uma pessoa que não tenha esse tipo de literacia. Quando essas pessoas não têm esse tipo de literacia tem muita dificuldade, tem que pedir ajuda e com frequência nem se quer sabem o que está a acontecer (Profissional 1).

Muitas vezes o que acontece é que nós tentamos passar a mensagem e até mesmo perceber a mensagem deles e mesmo com o Google tradutor ou com expressões culturais que já conhecemos é sempre um desafio perceber se estamos a entender bem o que eles querem dizer ou se estamos sendo percebidos (Profissional 2).

O primeiro desafio é ultrapassar a barreira linguística porque temos muitos utentes que falam mal o português e falam mal o inglês e, portanto, muitas vezes temos que recorrer a várias estratégias: vir ao Google tradutor, mostrar imagens, gestos, fazer metade da consulta em inglês e a outra metade em português (Profissional 4).

Eu já fui em consultas em outros centros de saúde que o médico me falou ‘ah, mas está tudo bem com você, sem problemas’. E eu ter que voltar de novo em outro serviço porque eu acho que não consegui falar direito o que eu estava sentindo (...). Já sei que para morar aqui vou ter que aprender português (Utente, homem, 37 anos, Bangladesh).

O maior problema é a língua, né? Não falo português e meu inglês não é muito bom. Mas eu posso mostrar, eu digo: ‘dói aqui, aqui é o problema’ (Utente, homem, 31 anos, Bangladesh).

Algumas vezes me perguntam quanto tempo estamos aqui e quando respondemos que estamos há 7 anos, eles ficam chateados que a gente ainda não fala português e aí eles falam: ‘vocês precisam aprender o português’. Eles estão certos. Eles estão certos. Mas não é fácil aprender português. Aqui eu não vejo essa pressão. Eles falam bem inglês (Utente, mulher, 36 anos, Nepal).

b) Barreiras culturais

A equipe também revelou desafios no que diz respeito ao manejo dos diferentes conceitos de família, bem-estar, saúde, doenças e modos de vida. Na tentativa de ultrapassarem barreiras, colocadas como sendo culturais, tentam perceber o outro em suas queixas, sintomas em saúde, mas também como atores sociais que fazem suas escolhas.

Há aqui também a presença de um olhar médico que se frustra ao reconhecer no outro a não condição de partilha dos mesmos conceitos de saúde e precisam dar respostas a esta situação. Foi muito comum perceber esse tipo de narrativa quando se tratava de profissionais cuja experiência profissional maior foi no âmbito hospitalar.

Estamos sempre a conhecer outra cultura. Isso é um desafio também. E temos que intervir ajustando a cultura, né? Nossa intervenção tem que se ajustar a cultura. E quando eu digo ‘cultura’ tem modo de pensar, religião, alimentação... Quando há aqui diferenças culturais, o primeiro impacto é nós julgarmos aquele comportamento, mas depois temos que entender que não conhecemos, e conhecemos apenas a nossa cultura, mas depois têm milhares de outras. Não sei muito bem explicar, mas temos que entender como eles funcionam (Profissional 1).

Nós aqui lidamos com conceitos como família, sentido de vida, projeto de vida, dinâmicas familiares diversos. Se eu estou a falar com uma adolescente portuguesa daqui, e se estou a falar com uma adolescente que viveu no Nepal acabou de chegar ou se estou a falar com uma mulher que casou no Bangladesh que o marido foi lá duas vezes e que ela agora vem pra cá viver com ele. Portanto, temos exatamente a mesma mulher de 20 anos, mas que são três cenários completamente diferentes para essa idade e que está a iniciar um projeto de vida diferente: esta mulher portuguesa que quer ir pra faculdade ou não, ou quer trabalhar (...). Isto precisa ser encarado com naturalidade. Não vou eu impor os meus... ‘ah, então não quer estudar?’. Isto não faz sentido nenhum. Tem que ser um papel muito mais de escuta e de tentar

não projetar nos outros aquilo que são os meus conceitos e mais de ouvir quais são os conceitos deles para tentar que a pessoa saia satisfeita da consulta. Senão essa pessoa volta e eu quero que ela fique com a consulta arrumada (Profissional 2).

Alguns profissionais ainda lidam com a ideia de que eles “não querem” aderir ao tratamento porque possuem uma cultura “enraizada” e também na expectativa de que haja uma mudança de hábitos da parte dos utentes, retirando-se de um lugar também cultural de expectativas. Ou ainda valorizam muito mais contextos culturais que o manejo com a pessoa.

Muitos vem de uma cultura completamente diferente da nossa e da cultura europeia, e aquilo que eles valorizam são coisas que não estamos habituados, a alimentação, por exemplo, é completamente diferente. Tem muitas crenças e muitos saberes enraizados próprios da sua cultura e, portanto, é um desafio procurar perceber um bocadinho melhor saber como funciona a cultura deles para depois tentar pensar melhor e saber uma série de hábitos deles para depois então ou desmistificar ou tentar enquadrar naquela cultura e o que são os hábitos deles. (Profissional 7).

Já outros profissionais foram críticos no que diz respeito à esta sobrevalorização da cultura como aspecto principal na decisão do manejo clínico-terapêutico e homogenização das experiências reduzindo à uma cultura específica. Ao criticar tais posturas, demonstram compreender o perigo da hipervalorização cultural como centro das respostas em saúde, criando mais diferenças com as barreiras e preconceitos que proximidades. Isto mostra um ponto importante no avanço para a competência cultural no âmbito da saúde, algo que muitos autores criticam a forma como alguns profissionais de saúde compreendem a apreensão da cultura do Outro como sendo distante e esquecendo de compreender o sujeito em suas especificidades, mais que a criação de uma ferramenta específica para uma “caixa cultural” específica (Kleinman e Benson, 2006; Kirmayer, 2012 ;Pussetti, 2017).

Muitas vezes, como estamos a servir uma população imigrante, tentamos homogeneizar e meter todos os imigrantes no mesmo saco e dizemos: ‘ta aqui a resposta ou uma crença de saúde desta população’ (...) Quer dizer, nós não fazemos isso para as pessoas daqui que estão aqui e não pensamos ‘ah... os portugueses são assim’ e as vezes ao tentarmos ser extraculturalmente sensíveis, as vezes acabamos por (...) criar ainda mais caixas, metemos as

peessoas em caixas: ‘as pessoas do Bangladesh acreditam em tal coisa, as pessoas do ...’, mas não, as vezes é o senhor Rajib e a senhora Marrajabin e eles, na sua individualidade, se calhar tem mais coisas diferentes da comunidade Bangladesh e próprios da sua identidade do que em comum e as vezes é menos útil do que parece metermos todos em uma mesma caixa e usarmos o mesmo framework para dizer ‘que a malta do Bangladesh pensa dessa e dessa maneira’. Esse chapéu de chuva da cultura que é importante não deve resumir a identidade de um doente individual (Profissional 3).

c) Adaptações e frustrações no trabalho (profissionais de saúde)

Alguns profissionais de saúde colocaram como sendo um desafio a questão de inserir o conhecimento que tinham sobre o trabalho do cuidado médico que faziam em outras instituições com outras populações, como a de imigrantes. Abordaram o fato de ao mesmo tempo que ser inventivo, criativo e desafiante, que são aspectos positivos que sentem com este tipo de trabalho, também possuírem frustrações, cansaços e cobranças.

Eu acho que é um trabalho que convida-me todo tempo a repensar coisas. Coisas que eu considerava que ia no “automático” no atendimento da população portuguesa, por exemplo, e que quando chega cá à minha frente uma pessoa que fala uma língua diferente, que vem de um país diferente, com cultura diferente... tenho que pensar em coisas mínimas do tipo ‘como vamos nos comunicar uns com os outros?’. As vezes é fácil, eu gosto desse tipo de trabalho porque sou curiosa, gosto de desafio, mas as vezes é tão difícil e frustrante. Sei lá... A pessoa chegar aqui, não falamos a mesma língua e você está a usar todos os recursos que têm: desenho, imagens, tradutor... e a pessoa parece perceber tudo que estas a dizer e na próxima consulta percebes que ela não entendeu nada (risos) (Profissional 8).

Eu nunca trabalhei em uma unidade com muitos utentes imigrantes como essa aqui. Para mim a adaptação foi à nível pessoal e profissional. Chega a ser engraçado, porque você vai na rua (e esta zona é muito cultural) você vê nas ruas, nas pessoas diversas nacionalidades diferentes. No começo dá aquele... (expressão de assustada), mas depois eu vejo que não é tão diferente no fundo. As pessoas são as pessoas com algumas especificidades que são das próprias questões de imigrantes (Profissional 1).

Tem também a altura do Ramadão. E tem as pessoas da religião do Islão. Eu tento me adequar, tento ver quando é que está muito quente. Esse ano, por exemplo, calhou em uma fase de muito calor e tem alguns utentes que são mais frágeis e eu evitei que eles vissem cá para ter consultas, então eu ia até o domicílio para não estarem em jejum, em uma fase de muito calor e ainda a se deslocar quando estão doentes. Temos que respeitar que eles fazem jejum, né? Então nos ajustamos para conseguir dar o atendimento sem que eles precisem se deslocar. Tento arranjar formas de atender. Vamos nos adaptando também entre eles e nós (Profissional 1).

Eu antes de vir trabalhar aqui sabia muito pouco o que era o punjabi, o que que era a religião sikh, o que era a diferença em termos de alimentação, prática religiosa (...). Para mim os sikhs, os muçulmanos e os hindus (...) metia tudo no mesmo saco. À medida que eu fui trabalhando aqui aprendi muito mais. Só de falar com os meus colegas, por causa dos projetos, acabo por me interessar nisso ou de tentar incluir as vezes nas nossas atividades (Profissional 3).

Há um investimento de entender as várias culturas, vários conceitos de saúde e doença, os diferentes hábitos. Ainda tenho um longo caminho... acho que todos né? Mas acho que a equipa precisa continuar com as formações para dar mais respostas a estas diferenças. Acho que isso é um continuum, não é? Nós temos que ir sempre aprofundando e pesquisando, ir em congressos, palestras para nos ajudar a dar contributos e ferramentas para que no dia a dia possamos aplicar (Profissional 6).

Esta adaptação do trabalho vem, em alguns casos, na forma de negociação da terapêutica e da utilização de outras estratégias que exigem flexibilidade dos profissionais de saúde e abertura para outras possibilidades de se fazer cuidado.

A literatura mostra que existem casos em que os utilizadores do serviço de saúde imigrantes acham que a medicina ocidental é mais avançada, mas que pode ser enriquecida com propostas terapêuticas de outras medicinas. Os profissionais de saúde percebem que há uma utilização paralela de diferentes sistemas médicos ou tratamentos e práticas de cura advindos os seus países de origem. Nestes casos há uma negociação muito maior da terapêutica prescritiva e mais interpretações sobre os conceitos de cura entre utentes e profissionais (T-Share, 2012).

No presente estudo, esta foi uma prática não muito verificada entre os profissionais de saúde. Eles muitas vezes tinham poucos momentos de negociação de terapêuticas por causa de outros sistemas médicos. Isto foi justificado, corroborando com o que foi dito anteriormente, que muitos utentes possuem o conceito de que a medicina ocidental é mais avançada. Contudo, em alguns casos, houveram atitudes de negociação da terapêutica ou até mesmo relatos de que já tiveram as suas requisições confrontadas por outros médicos nos serviços de saúde dos seus países de origem. Os profissionais que relataram isto disseram também que não é muito comum esta prática.

Eles vão com muita frequência ao país de origem e nesse período de tempo que passam lá acabam por, em alguns casos, recorrerem a medicina de lá e aferirem se aquilo que faz cá e se a medicação que aqui foi prescrita se confirma lá ou se é adequada ou não é. Nós já tivemos um ou dois utentes que foram ao Bangladesh e que depois trouxe a terapêutica e o médico lá disse que isto isto e isto que ele não precisava de fazer. Ele levou a medicação que fazia cá para lá para checar se no fundo há conformidade ou não. E também exames, pessoas que se queixam de que dores na perna ou no braço e que aqui podem não ser muito valorizadas para fazer exames e depois eles vão lá e para fazer uma ressonância eles fazem com uma relativa facilidade (Profissional 5).

3.2. Principais problemáticas em saúde (utentes imigrantes)

As problemáticas centrais que mais afetam a população imigrante atendida pela USF da Baixa dizem a respeito da saúde mental e o adoecimento crônico. Foi verificada que tais questões em saúde estão muitas vezes associadas às condições do processo migratório e as condições sociais as quais alguns grupos estão submetidos. Por isso, os determinantes sociais em saúde é um conceito chave para discutir questões importantes no que diz respeito à compreensão de uma dimensão maior da saúde global de qualquer população.

a) Determinantes sociais em saúde

Houve um reconhecimento de todos os profissionais entrevistados sobre o quanto a dimensão social imbricada ao fenómeno migratório, interfere na saúde geral da população imigrante. Foi verificado que grande parte dos problemas relacionados com esta população tem

a ver com uma estrutura social ao qual estão submetidos e que promove uma tendência à maior vulnerabilidade em saúde.

A maior parte dos utentes imigrantes que são atendidos na USF da Baixa são jovens, em idade ativa, que muitas vezes se deparam com uma série de outras condições sociais que afetam a sua saúde. Foram verificadas que as condições de moradia, de emprego, de alimentação, do percurso migratório e das políticas migratórias, aliados a fatores como nacionalidade e gênero, principalmente, se interseccionam formando grupos que podem apresentar mais riscos em saúde.

Grande parte dos profissionais de saúde entrevistados perceberam que as condições laborais e de moradia são fatores que repercutem fortemente na condição de saúde dessa população. Como a ida ao terreno para o atendimento domiciliar é algo muito comum nas práticas de saúde do modelo de cuidado de Unidade de Saúde Familiar, os profissionais acabam por conhecer algumas realidades de moradia de muitos imigrantes. Para eles, essa condição é fator de uma maior proliferação e exposição de doenças que permitem o agravamento nos riscos de saúde.

Clinicamente falando, os problemas de saúde não são muitos diferentes de alguém que é nacional. (...) Mas vejo que existem condições socioeconômicas que fazem com que esta pessoa tenha mais problemas em saúde. Os imigrantes, a maioria têm condições socioeconômicas baixas e, portanto, a pobreza vai sendo ligada a uma série de outros problemas, mas se o português estiver nessa condição de pobreza também vai ter problemas em saúde parecidos como a tuberculose e outras complicações (...). A pobreza é um denominador comum que se as pessoas estiverem nessas condições isso pode fazer qualquer um que passar por isso. Os imigrantes possuem condições de habitações mais precárias (...) e isso é um problema que vai se perceber na clínica (Profissional 10).

A maior parte dos imigrantes do Bangladesh que vem para cá são jovens, muito jovens, tem 20 e 30 anos, raramente tem mais que isso. E como são jovens raramente tem problemas de saúde. (...) Se o imigrante se deu trabalho de ir para outro país provavelmente tinham saúde para o fazer. No entanto, chegando cá encontram uma série de barreiras (...) acho que são barreiras relativas ao mercado laboral, no processo de regularização e todas essas entraves que são colocados em Portugal para a sua regularização, que não é um dos piores países em termos de migração, mas que tem impacto na saúde (Profissional 11).

Moradia

Algumas infestações pelas casas, algumas sarnas, escabioses, percevejos, por causa das condições de habitação. Como as casas na Baixa estão agora muito caras o que nós vemos é que a maior parte das famílias muitas vezes estão em uma assoalhada com três a quatro famílias (...). Quando nós fazemos domicílios vimos muito isso: esta família mora nesse quarto e esta outra família mora neste e eles juntam-se em conjunto e pagam a renda. E isto é uma grande densidade populacional, está a ver que tem uma família que tem 4 pessoas a viver só em uma divisão. Portanto, em termos epidemiológicos e em termos de transmissão de doenças, é péssimo. Muitas vezes eles dormem 4 em uma mesma cama (...). (Profissional 3).

Trabalho

Meu marido teve que voltar. Ele foi muito desestimulado aqui. Ele é formado em engenharia, mas aqui disseram que ele nunca iria conseguir emprego na área dele. Eu fiquei, porque eu tenho filho aqui, mas estamos decidindo. Minha família está em Londres e não sei o que fazer. Estamos decidindo se eu volto com ele ou se vamos para Londres. Isso me desestimula muito. Gostamos da cidade, mas ou ficamos aqui e trabalhamos na pequena loja do meu tio ou em telemarketing alguma coisa assim ou voltamos. Ele ficou triste. Acho que vamos voltar. (Utente, mulher, 27 anos, Paquistão).

Minha esposa mora em UK, meus pais moram Bangladesh. Eu viajo todos os anos e é bem caro, mas quero trazer minha esposa para viver aqui. Estou vendo ainda por que ela gosta de morar em UK e eu gosto de viver aqui. Então não sei (risos), mas acho que vou acabar indo para lá. Acho que temos mais oportunidades de trabalho lá, vou acabar indo para lá por causa disso (Utente, homem, 31 anos, Bangladesh).

Sou formado em business, mas eu não trabalho aqui nesta área. Já trabalhei em restaurante japonês, já fiz Uber. (...) Preferia trabalhar em outra coisa sim, claro. Eu fiz meus estudos na Inglaterra. Foi caro. Mas lá ganha-se muito mais também, podia estudar e trabalhar, ainda ajudar a família. Aqui eu não consigo nada (Utente, homem, 29 anos, Bangladesh).

b) Saúde mental

A saúde na população imigrante possui suas especificidades que precisam ser levadas em consideração para compreensão do processo de saúde. No caso da população do Bangladesh, mais especificamente, foi observado que o percurso migratório, o processo de regularização dentro do país e a questão de gênero, podem ser fatores de influência na saúde global.

No caso do **percurso migratório**, para muitos imigrantes, este percurso está intimamente relacionado ao **processo de regularização** que afeta, consequentemente, a mobilidade destes nos países do continente europeu. Principalmente utentes advindo do Bangladesh, possuem seus começos de trajetórias migratórias em outros países no continente europeu, como, por exemplo, a Inglaterra. É muito comum que os próprios utentes entrevistados e os profissionais de saúde falem sobre uma trajetória de deslocamento que começa em outros países e que depois chega até Portugal.

Esta relação entre Bangladesh e Portugal não é tão recente. Segundo Mapril (2012), o percurso migratório entre estes países, apesar de não haver relações históricas estreitas, como é frequentemente explicado os processos de deslocamento migratório de outros países para cidades europeias (processo colonial, etc.) –, acontece desde um pouco antes do início dos anos 2000, mas com as políticas de regularização é possível revelar uma população significativa no ano de 2001. Incentivados, principalmente, pelo contexto econômico e iniciativas legislativas do Estado, estabelecem os primeiros pioneiros dos fluxos migratórios em direção ao continente europeu. Estas primeiras pessoas servem para impulsionar outras e começar a estabelecer os primeiros fluxos mais contínuos de imigração entre esses dois países.

Algumas hipóteses levantadas pelos profissionais de saúde entrevistados e confirmados pelos utentes é que Portugal possui maior facilidades legislativa no processo de regulamentação, o que não significa dizer, necessariamente, que será uma experiência fácil e rápida, pelo contrário. Na maioria dos casos foram revelados que esta espera para a regularização pode ser acompanhada pelo desenvolvimento de problemáticas em saúde mental como ansiedade, depressão, isolamentos sociais e até mesmo tentativa de suicídio.

O caso utente S.

O caso de um utente, que chamarei de S., é um caso emblemático que serve de ilustração para a situação a qual é recorrente entre os jovens imigrantes, principalmente, do sul asiático na Unidade de Saúde da Baixa.

S. tem 29 anos e saiu do Bangladesh quando tinha 19 anos. Ele foi para a Inglaterra para dar continuidade aos seus estudos. A certa altura, ainda em sua estadia em Londres, S. perde o seu pai e encontrou-se impedido de ir visitar a sua família, já que se assim o fizesse perderia a chance de retornar para a Inglaterra por causa do seu visto. S. pensou se desistiria de tudo, inclusive da sua provável regularização no país, e voltava para o Bangladesh. Contudo, com o falecimento do seu pai, S. passava agora a ser o único suporte financeiro de sua família. Por causa disso, S. decidiu não voltar para o Bangladesh e, por razões de visto, não teve condições de ir visitar a família. Ele ficou 7 anos morando no Reino Unido. S. conta ter muitos problemas para retirada do visto inglês por ser muito difícil e muito caro. Decidiu então vir para Portugal porque soube através de amigos que seria o melhor lugar em termos de imigração: *“(...) eu vim para cá e fiquei mais 3 anos aqui para conseguir o meu cartão de residência. Ao todo foram 10 anos sem ir para casa, sem ir ao Bangladesh.”*

S. relata que quando veio para Portugal passou por dificuldades: ainda não tinha o título de residência, contou que precisava trabalhar muito para conseguir mandar dinheiro para família e ainda se sustentar em Portugal: *“sou apenas eu o apoio financeiro da minha família e agora morando em Portugal eu tinha que ajudar a minha família, pagar minha contas, pagar isso, pagar aquilo e com um salário muito baixo (...). As vezes eu tinha que escolher entre comer, pagar as contas ou ajudar a minha família.”*

Ele ficou muito doente, sentia dores que não sabia explicar o motivo na época, mas que hoje já sabe que os fatores estruturais aos quais estava vivendo foram causas de doenças físicas importantes: *“eu estava muito muito doente, meu coração estava batendo muito rápido, eu tinha dificuldade de respirar, eu achei que eu fosse morrer. (...) Eu nunca experimentei essa sensação na minha vida inteira. Nem mesmo em Londres, porque em Londres você, pelo menos, ganha muito dinheiro.”*

Ele recorreu muitas vezes aos serviços de urgências dos hospitais, mas foram inúteis, ele conta. Prescreviam medicações e depois de um tempo todos os sintomas retornavam. Ele conta que foi na Unidade de Saúde da Baixa e, com um médico de família, que conseguiu melhorar: *“(...) quando eu vim aqui nessa unidade, foi a primeira vez que eu expliquei todos os meus sintomas e tive solução. Expliquei o que eu sentia e falei dos meus problemas, do que eu estava passando. (...) O médico verificou tudo, fez vários exames e depois disse: ‘Isso é depressão. Tem muita coisa acontecendo na sua vida, você está muito ansioso e isso pode ser depressão’. Fez sentido para mim. Eu não sabia que poderia ser aquilo, mas confiei no médico.*

(...) E ele me deu medicamentos e eu me sinto muito melhor. Mais ainda com meu título de residência na mão. (...) Vou visitar minha família em duas semanas”.

Este caso sintetiza questões fundamentais que atravessa a história de vida de muitos jovens imigrantes que passam por situações parecidas. Os longos períodos de espera pela regularização no país, os baixos salários e os trabalhos precários, os custos de vida e ainda precisar mandar dinheiro para a família, os obrigam a passar por situações sociais de dificuldades. Nestes casos, estes indivíduos estão mais expostos e mais vulneráveis aos riscos de saúde mental e física. Além disso, o caso também reflete o quanto a condição de cuidados continuados e de aproximação e vínculo podem ser manejos que garantam a qualidade de vida dos sujeitos em questão.

Os profissionais de saúde da USF da Baixa contam que este relato acontece com muita frequência, principalmente em homens e jovens, porque são eles que migram primeiro. Portanto, possuem um manejo clínico que permite estar atento para as questões da saúde mental, como relata este profissional de saúde:

Este percurso migratório as vezes é um percurso longo em que muitos deles não vieram de Bangladesh para Portugal, na verdade, muitos deles foram de Bangladesh para outros países Europeus (...) então vão à Portugal achando que seria um país muito mais fácil para se regularizar e se deparam com um processo burocrático que muitas vezes demora anos. Muitos problemas que surgem estão relacionados com os problemas de saúde mental devido a esta espera ou a demora neste processo de regularização. Então muitas vezes o que acontece é esses jovens do Bangladesh virem a consulta com problemas de saúde mental, seja ansiedade ou com sintomas depressivos que são muitas vezes reativos do processo de regularização que está atrasada ou que está com barreiras. Ou então vem aqui com manifestações físicas ou psicossomáticas desses problemas que eles enfrentam ao longo da vida (Profissional 11).

Foi também percebido o **estigma** associado aos problemas relacionados com a saúde mental que agrava mais ainda a abordagem ou o relato desse tema nas consultas. A maior parte dos utentes que sofrem de queixas relativas à dores no corpo são advindas de processos de somatização relativos ao stress, isolamento social, falta de apoio familiar, barreiras linguísticas e sobrecarga de trabalho. Todos os profissionais de saúde dizem que incômodos relacionados ao bem-estar psicológico não são motivos principais para a ida destes utentes para as consultas.

Muitos dos problemas no âmbito da saúde mental foram necessários sensibilidade por parte dos profissionais sobre esta temática para compreender que dentro da sintomatologia apresentada poderia haver outras questões envolvidas. A compreensão e a premissa de um olhar em que considere o sujeito com dimensões biopsicossociais foram facilitadoras para a identificação de outros sinais em saúde.

(...) Conseguir que as pessoas falem sobre a saúde mental ou se quer percebam que podem falar sobre a saúde mental e que podem dizer que não dormem, que há ansiedade e que estão triste e que as coisas que lhe davam gozo antes não estão a dar... só o fato de eles saberem que podem fazer isso demora muito (...). Depois de perguntar muitas vezes e querer saber mesmo sobre outras questões é que isso aparece na consulta. Muitos doentes às vezes chegam e dizem: “pain everywhere” isso é fortemente sugestivo que o problema seja psicossomático, psicológico (...). Muitas situações de depressão, ansiedade e insônia começam por “pain everywhere” porque é o que está socialmente validado, as pessoas queixam-se de um sintoma somático. Queixar-se de que ‘estou ansioso e não durmo’ isto é suposto que a pessoa ultrapasse e que não venha a ser um problema, portanto, só chegam até a consulta quando está no corpo (Profissional 3).

As vezes ficam oito, dez anos sem irem a casa porque estão a trabalhar e as vezes não podem porque estão na espera dos documentos pelo SEF e etc. E, portanto, vem várias situações de depressão. Houve um utente de outro médico que fez uma tentativa de suicídio e aquilo nos marcou enquanto equipa e convidamos um psiquiatra que tem experiência com outras culturas venho cá ter conosco para falar de como abordar pessoas com risco de suicídio. Fizemos uma intervenção na comunidade sobre esse assunto porque o suicídio tem muito estigma por ser crime em alguns países (Profissional 2).

No que diz respeito ao **gênero**, foram identificadas que as utentes mulheres podem ser outro grupo de grande vulnerabilidade com impactos na saúde mental, haja vista as condições de isolamento e barreiras linguísticas aos quais acometem mais este grupo e que promovem um obstáculo na integração e, portanto, na saúde desta mulher.

Isto pode ser compreendido quando o presente texto mencionou aspectos relacionados com a problemática da interseccionalidade trazida pela feminista Crewshew (2004), em que ela

afirma sobre determinados grupos de mulheres e as avenidas de opressão que interseccionam as mulheres. Tais avenidas são reconhecidos pela nacionalidade, gênero, religião e classe.

No caso da mulher imigrante da Unidade de Saúde Familiar da Baixa, maioria delas, proveniente do Bangladesh, não falam o português e compreendem pouco o inglês, chegam até Portugal por reagrupamento familiar e fruto de casamentos que são, muitas vezes, determinados pelo meio familiar e social. Enfrentam o novidade da migração para outro país (com o idioma, a cultura, a religião e sociedades diferentes), do casamento (todas as novidades, desafios e dificuldades que qualquer relação mais íntima traz com o agravo de, muitas vezes, não conhecerem seus maridos ou não terem algum tipo de relacionamento antes do casamento) e da formação familiar (gravidez, gestação do primeiro filho sem rede de apoio e os próprios desafios impostos dentro de um momento específico de vida).

Todos esses fatores são considerados importantes para levar em consideração elementos de gênero dentro dessa marca migratória e da saúde. O olhar do cuidado em saúde precisa levar em consideração tais categorias de opressão e interseccionais para diminuição dos agravos e barreiras e aumento da promoção em saúde.

Sem dúvidas é o grupo mais vulnerável. Diria que por causa da barreira linguística. Vem o marido primeiro, está cá a trabalhar há muitos anos e a mulher vem a seguir e, portanto, não fala português e nem o inglês. Só isso as limita muito porque só aí não conseguem ir a sítio nenhum, não conseguem resolver nada porque não percebem a língua. Estão também completamente deslocadas, estão sem família e já tive utentes que já se referenciam a isso: não tinham ninguém com quem conversar porque os maridos saem desde cedo e trabalham muitas horas, muitos homens possuem dois trabalhos e, portanto, estão sozinhas em casa. Então não tem ninguém com quem falar, não tem rede de apoio (Profissional 7).

Um grupo vulnerável é a mulher do Bangladesh que vem para Portugal por um processo de reagrupamento familiar. Depois de estar casada com o homem do Bangladesh já residente e que tem título de residência em Portugal chegando cá, deslocada de um país que é muito diferente de Portugal, onde existe, naturalmente, uma grande barreira linguística e cultural. Depois há o fato de estarem aqui sozinhas sem famílias, certamente se sentirão um bocado desamparadas. E como a parte delas tem o objetivo de constituírem família e ter filhos e poucas vezes com o objetivo de serem uma população ativa, ou seja, terem um trabalho, acabam por ficar mais isoladas em casa e muitos problemas de saúde mental podem por surgir

a partir disso daí. (...) E muitas vezes toda a comunicação que fazemos com esta mulher aqui é através do marido e mediada por ele. Então se houver questões de violência, de abuso de poder, sei lá, provavelmente eu não vou conseguir saber delas porque muitas vezes é o marido o tradutor desta mulher (Profissional 11).

A questão da **gravidez** foi também colocada como um possível fator complicador para a saúde mental dessas mulheres. A maioria dos profissionais relataram questões atreladas à solidão e ao isolamento social que são agravados na condição de gravidez, principalmente, em mulheres primeira vez grávidas.

Quando torna-se também uma jovem mãe sem rede de apoio familiar e muitas vezes isoladas, completamente dependente financeiramente e até ao nível das pequenas atividades de vida (...). Estas mulheres estão muito deslocadas do meio habitual e precisam passar por várias mudanças de ciclo de vida ao mesmo tempo: a mudança de viver com o marido, a mudança de ir para um país novo e a mudança de, muitas vezes, logo a seguir estarem grávidas e terem o primeiro filho. Acho que estas três mudanças na fase do ciclo de vida familiar ocorrem muito rápido nelas (Profissional 11).

Este momento ainda é mais ainda frágil. É muito duro. Imagina: tens um filho... o primeiro filho é complicado porque já é uma mudança, são crises que se passa, é um renascimento, mudanças de papéis. Mexe logo a nível hormonal, fisiológico... a depressão pós-parto existe e é algo fisiológico também. E ainda por cima, falando da mulher imigrante, junta-se com esse isolamento, não falar a língua, não ter sua rede de apoio... é uma bomba de relógio (Profissional 3).

c) O adoecimento crônico

Os profissionais de saúde reconheceram também que alguns adoecimentos crônicos estão ligados, na maioria das vezes, a condições e estilos de vida dos utentes imigrantes. Muitos profissionais relataram a prevalência da diabetes como um caso que chama atenção já que acomete uma grande proporção da população imigrante jovem. Os profissionais relacionam isto ao fato de esses imigrantes possuírem na base alimentar, alimentos com excesso de hidratos de carbono (arroz, pão, mandioca, etc.). Somado a isto, ainda possuem condições de vida que

contribuem e impactam na saúde, como longas jornadas de trabalho, falta da prática de esportes, situação financeira de precariedade, ansiedade, stress, isolamento social, etc.

Não foi possível, no entanto, compreender as questões relativas aos conceitos *disease* (doença estabelecida e reconhecida pelo sistema biomédico de saúde) e *illness* (a experiência do adoecimento) tanto discutida no meio sociológico e antropológico. O adoecimento crônico suscita questões que vão para além daquelas estabelecidas tradicionalmente pelas diretrizes exclusivamente biomédicas de limitações do corpo físico (*disease*). O adoecimento crônico também é composto do sujeito adoecido que possui suas próprias vivências diante do adoecimento (*illness*), concretizadas no próprio manejo entre a vida e a doença (superações, limitações e sofrimento) (Canesqui, 2007; 2015).

A comunidade de imigrantes, sobretudo a comunidade do Bangladesh, tem uma prevalência de diabetes muito grande, superior a portuguesa sem dúvidas e, sobretudo, pessoas mais novas 30 anos, 35 já com diabetes. Pelo o que a gente percebeu tem em parte a ver com a prevalência no país Bangladesh, mas também muito a ver com os hábitos que têm aqui. Na comunidade do Bangladesh trabalha-se muitas muitas horas, tem sedentarismo por causa disso, tem lojas e não fazem exercícios físicos e comem imensos hidratos de carbono então em parte pode ter a ver com os familiares (doença hereditária), mas em parte tem a ver com os hábitos (Profissional 12)

Vejo que muitos dos problemas que temos aqui com a comunidade imigrante tem a ver com problemas sociais, os determinantes sociais em saúde, né? Muitos aqui possuem condições de vida muito precárias, maiores sedentarismo, maior ansiedade, família fora e tudo mais. Muitas vezes, mesmo quando são casados, são apenas os homens que trabalham ou precisam se sustentar e mandar dinheiro para família no país deles. Então é muito comum ver eles com jornadas de trabalho muito intensas e por isso eu tenho vários doentes jovens com diabetes, colesterol... Possuem também hábitos alimentares com base muito em arroz, muito hidrato de carbono (Profissional 13).

Eu consigo perceber a prevalência de certas doenças neste grupo principalmente de diabetes, porque eles possuem hábitos alimentares muito ricos em hidratos de carbono. São mais prevalentes na população do Bangladesh que ingerem muito pão, arroz etc. e também as mulheres desta nacionalidade devido ao isolamento social, não saem de casa, ficam só com os

filhos, não tem uma rede social muito alargada, por isso não faz a prática de exercícios físicos e possuem mais tendência para a diabetes e doenças mentais (Profissional 8).

d) A literacia em saúde

Os profissionais falaram sobre uma baixa literacia em saúde dos imigrantes nos serviços. A baixa literacia em saúde também é um tema global de saúde que incluem um conjunto de consequências no estado de saúde das populações. De acordo com a OMS (1998) a literacia em saúde diz respeito às “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde”.

Alguns profissionais compreendem que isto seja reflexo também da própria complexidade e burocracias do sistema de saúde português, bem como do conhecimento que muitos possuem do funcionamento dos serviços e da sua utilização nos países de origem.

Percebo que há também uma baixa literacia em saúde: o que é a saúde, como nós funcionamos, como é a saúde em Portugal, como é a USF da Baixa, quais os serviços que nós disponibilizamos, e qual é a melhor forma em que podem ter o acesso. Temos dois grupos distintos: um que são os grandes consumidores porque as competências parentais não estão bem trabalhadas. Estamos a falar, por exemplo, de maioria imigrante que são casais jovens, que normalmente as mulheres vem ou grávidas ou no final da gravidez ou vem e já há pouco tempo e constituem famílias cá, não há uma rede familiar, primeira gravidez e por isso são grandes consumidores porque ‘o bebe chorou’ ou ‘não sei mudar a fralda’ etc, portanto, são muito apelativos em termos de competências parentais. Ou seja, são sobreutilizadores por estas razões. Outro grupo são mais portugueses que são mais idosos e que não procuram os cuidados em saúde, não tem muita noção do que é a vigilância em saúde, vem quando sentem dor, não tem muitos hábitos saudáveis (Profissional 5).

Todos esses adoecimentos foram colocados pelos profissionais como condições atreladas às condições sociais e estruturais do fenómeno migratório em si. A falta de inserção no mercado mais qualificado de trabalho com mais proteções e melhores salários, mesmo possuindo habilitações, a espera prolongada para a regularização, o isolamento social da exclusão, acarretam problemas em saúde que se expressam de forma física e também psíquica.

3.3 Potencialidades do cuidado em saúde

Diversas são as estratégias, projetos e ações que refletem em cuidados em saúde para com as populações imigrantes e as suas necessidades neste âmbito. Verificou-se que dentro da tríade **aproximação, relações de poder e formação contínua** os profissionais de saúde refletiram sobre aspectos que retratam suas potencialidades dentro do esforço de darem respostas às problemáticas em saúde sentidas pelos utentes imigrantes. Puderam também falar sobre o que sentem como aspectos a serem melhorados nesta construção, que serão retratadas mais adiante. Os utentes também expressaram suas opiniões sobre o serviço de saúde.

a) Escolha do trabalho

Um dos pontos abordados por todos os profissionais de saúde foi o fato do trabalho na USF da Baixa ter sido escolha e/ou de estarem cientes de ser uma população com grande número de imigrantes pelo próprio território ao qual a USF se encontra. Este foi um dos pontos considerados como vantajosos para fazer um trabalho com mais envolvimento, interesse e motivação.

Pra já digo que todas as pessoas que estão aqui vieram porque queriam. Então todas as pessoas que participaram do projeto estão aqui porque tem interesse (...)no trabalho com imigrantes (...). Portanto todos nós podemos não saber como fazer, mas queremos fazer o melhor (Profissional 2).

Uma das coisas que ponderou na minha decisão de vir trabalhar cá foi o fato de ser uma população imigrante também. Eu gosto muito de trabalhar com pessoas estrangeiras, porque para além daquilo que eu posso ajuda-las elas ensinam-me muito (Profissional 10).

(...) não é por acaso que estamos aqui, viemos com isso muito claro de que tinha muito imigrante nesta região, o Martino fez entrevista com todos. E se não venho ciente, porque eu também não vou estar aqui a falar por todos, acho que está passando muito mal (risos) porque é muito difícil ter outras ideias ou trabalhar de outra maneira e estar aqui (Profissional 6).

b) Habilidades e as competências pessoais e profissionais

O fato de todos profissionais falarem pelo menos uma língua estrangeira foi algo que se destacou nas falas dos utentes que já tinha utilizados outros serviços de saúde em Portugal e considerou que sendo uma mais valia para os cuidados em saúde.

(...) algumas pessoas ou médicos não gostam de falar inglês e a língua é o que eu sinto maior dificuldade. Algumas vezes as pessoas ficam com raiva por eu não falar português, eu tento me comunicar, mas não é em português. Aqui não. Aqui eles falam sempre inglês comigo. Sem problemas (Utente, homem, 30 anos, Bangladesh).

Não tenho problemas para me comunicar porque eles falam inglês e é bom o atendimento. As vezes em outros serviços de saúde ou até mesmo aqui com as recepcionistas eu tenho um problema para entender o que dizem e por isso eu trago as vezes um amigo que fala português. Eu não falo português. Eu já tentei falar, já estive em uma escola aqui, mas é muito difícil (Utente, homem, 31 anos, Bangladesh).

No caso dos profissionais de saúde, todos destacaram para a habilidade relativas as especializações a importância disto na garantia de maior qualidade no atendimento e cuidados em saúde.

Somos quase todos especialistas: temos algumas competências especializadas, neste caso eu sou especialista em saúde materna e obstetrícia, então é uma área de ginecologia e obstetrícia, uma área mais especializada com competências mais específicas nessa área (Profissional 4).

c) Jovens profissionais de saúde

Os profissionais de saúde destacaram também o fato de serem uma equipe de profissionais jovem, recém-formadas/especializadas, no caso dos médicos e médicas, e por isso influir no trabalho. Aspectos como “mais curiosidade”, “mais proatividade”, “outra geração de profissionais de saúde”, foram bastante utilizados quando se falava de características que a unidade reconhecia como sendo potencialidades.

Acredito que o fato de a equipa ser mais jovem há um maior interesse que as gerações antigas até de aprender o inglês ou de aprender coisas novas. Ganhamos muito pela maioria dos profissionais serem jovens e cheios de vontade de aprender e querer fazer diferente. Possui mais competência para diminuir as barreiras dos cuidados em saúde (Profissional 8).

Acho que somos gerações mais novas que a fazer medicina, acho que isso conta também. Se calhar alguém que já tem 30, 40, 50 anos de profissão não teria a mesma motivação, vontade, curiosidade. Isto ajuda muito (Profissional 13).

O fato de serem jovens eu acho que dá um bocadinho de um espírito de revolução, com projetos completamente diferentes com os quais eu estava habituada mais com vontade de trabalhar (...). Com uma postura diferente e muito mais motivados (Profissional 10).

d) Novo lugar do cuidado na saúde familiar

O modelo estratégico de cuidado da Unidade de Saúde Familiar foi considerado pelos profissionais de saúde como novo paradigma de cuidados em saúde e enxergam este lugar de fazer cuidados como potencialidade para a criação de vínculo e empatia. A equipe reconheceu que esta estratégia de cuidados primários em saúde, com um formato mais continuado de cuidado, menos prescritivo e dogmático, centrado na pessoa e respeitando as dimensões biopsicossociais são grandes aliadas para as respostas em saúde (promoção e prevenção de doenças) das populações de modo geral e, principalmente, da população imigrante.

Este papel do médico dar o diagnóstico e dar o tratamento como se fosse um dogma e é um papel do qual nós tentamos fugir. (...), mas o que é fato é que à medida que o tempo passa (...) as pessoas vão se adaptando, ganhando mais confiança (...) ao fim de uma, duas, três... cinco consultas com o mesmo médico estão mais habituadas. Se nós facilitarmos as pessoas a falarem mais um bocadinho, elas vão se afastando também desse modelo mais vertical biomédico, mais dogmático e começam a entrar mais nessa colaboração conosco e a fugir dessa coisa mais 'oráculo' e menos em uma figura de autoridade no qual as pessoas ainda estão habituadas nesta maneira independente de nacionalidade (Profissional 2).

Essa nossa aproximação com o território nos ajuda muito também, estamos nas casas das pessoas, estamos a vê-las continuamente, conhecemos elas e passamos a ter mais encontros, mais confiança, não é? Isso é importante (Profissional 7).

Nos afastamos imensos do paternalismo (...) aqui o modelo é outro, tentamos estar junto com o utente e partilhar e negociar. Pela minha experiência, eu tenho conseguido construir a reciprocidade. Eles acreditam em mim e me tem como figura de referência, mas faz parte também da terapêutica, acho eu (Profissional 6).

A abertura para as trocas com os saberes que utentes traziam também faz parte desse novo olhar para o cuidado e mostra um caminho importante para a competência cultural em saúde. Muitos profissionais, por compreenderem e combaterem o lugar dogmático do saber biomédico também deixam espaços abertos para as trocas quando diz respeito às terapêuticas. Isto demonstra troca, confiança e respeito pelas experiências e histórias de vida trazidas pelos utentes, revelando relações de poder mais horizontalizadas.

Hoje eu já sugeri que um utente que conhecia a medicina Ayurveda de fazer uma massagem Ayurveda quando tinha situações de tensões musculares e de ansiedade grave. Não vi nenhum estudo mais concreto, mas não tenho nenhuma dúvida de que funcione e sei que as outras massagens tem eficácia na prevenção de dores de cabeça, tensão e na contratura muscular elevada, imagino que a massagem Ayurveda faz sentido (Profissional 3).

3.4. Percepção das relações entre médico e utente

Da população utente imigrante entrevistada todas as pessoas falaram da relação com o médico ou médica de família e enfermeira/o como uma relação positiva de vínculo. Muitos utentes falaram da condição de confiança e acolhimento que sentem pelos profissionais de saúde. Esta relação os permite poder falar sobre momentos difíceis da vida e construir uma relação de apoio que, muitas vezes e para muitos, é a única rede com a qual sentem-se seguros e que podem contar.

(...) Aqui eu me sinto como se eu tivesse falando com minha tia. Família, sabe? Parece os membros da minha família. Ela (a médica ou enfermeira) é muito boa, me pergunta como

eu estou, se preocupa comigo, quer saber de mim. Eles se importam comigo. Mas não é assim sempre que eu me sinto (...) tem outros lugares piores. Os hospitais grandes são muito ruins, espera muito e atendimento é ruim. Já tive sérios problemas de saúde, fui na emergência e eles me disseram quase nada, me deu três ou quatro medicamentos e disse que eu já podia ir embora. Não perguntou se eu entendi ou não. Acho que foi ele que não me entendeu. Mas quando venho aqui é excelente. Eu converso sobre tudo, eu confio mesmo neles. Eles me escutam, tem uma boa relação... não é como no outro que não me escutam, não me olham, me dão 3 ou 4 medicamentos e depois me mandam embora (Utente 7, 31 anos, Bangladesh).

O médico já me tirou de muitas situações ruins. As vezes você fica desesperado, não sabe com quem contar, a quem perguntar. Aí eu vim aqui por outros motivos e consegui ter respostas para outros problemas que eu tinha, falei de outras coisas e da minha vida. Eu confio muito. (Utente 9, 35 anos, Bangladesh).

Contudo, outros utentes relataram sentir uma distância e algumas barreiras sofridas na vida em Portugal e que também foram sentidas nos espaços e serviços em saúde. Não ficou claro, no entanto, se esta distância sentida se referia aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar da Baixa, especificamente, ou se se referiam ao serviço de saúde de modo geral. Além disso, outros utentes salientaram a importância de serem tratados e reconhecidos como “seres humanos” sem que as diferenças pudessem pesar na hora dos tratamentos e serviço de saúde.

As vezes os médicos não se importam muito, porque eu não sou português, não falo português e porque a minha pele não é branca. Porque eu não sou como eles. Eu acho que é isso. Eu não tenho certeza, mas acho que é isso. Eu sinto as vezes preconceito. (Utente 15, 36 anos).

(...) sinto que nem todos os profissionais possuem a mesma cabeça. Tem alguns que tem uma boa consciência, que pensam que eu sou o paciente e me dão um tratamento real, me tratam de igual para igual (...) de humano para humano. (...) Eu acredito (...) que humanidade é muito importante. Humano para humano. Não brasileiro para português ou português para... não! Homem para homem, humano para humano. Humanidade é muito importante! (Utente 6, 31 anos, Bangladesh).

3.5. Estratégias e projetos desenvolvidos (Unidade de Saúde Familiar)

Entre muitos projetos e estratégias que são desenvolvidos pelos profissionais da USF da Baixa para lidar com as necessidades detectadas no seu público-alvo, alguns são destaque no que diz respeito ao alcance da população imigrante.

a) Parentalidade Positiva e Maternidade Ativa

Foram dois projetos para dar suporte as mães e os pais principalmente, de primeira gestação. São projetos desenvolvidos pelas enfermeiras da Unidade que detectaram a sobreutilização dos serviços de saúde e a procura por casais imigrantes que, pelo deslocamento da imigração, não possuíam as suas redes de apoio (familiares, amigos etc) e viam na unidade e nos seus profissionais uma referência de cuidado. Pensando nisso, o projeto Parentalidade Positiva é um convite para o grupo que possui foco na construção de competências parentais como higiene oral, suporte de cuidados básicos nos primeiros anos de vida e são convidados os pais, as mães e as crianças.

A Maternidade Ativa segue também a linha de educação para a saúde e é um projeto direcionado para grávidas e puérperas, em que visa promover o ajustamento materno, esclarecendo dúvidas sobre este universo que é a gravidez e a maternidade (desconfortos, dúvidas, medos, técnica de alívio de dor, tipos de partos, funcionamento, etc).

Ambos projetos além de promover a educação em saúde, também foram pensados com o intuito de fortalecimento da rede de apoio e combate ao isolamento das mulheres imigrantes. Além disso, na tentativa de diminuir as barreiras linguísticas, todas as sessões acontecem em português e inglês.

b) Bengalisboa

Sendo Bangladesh a nacionalidade dominante e mais utilizadora dos serviços entre a população de utentes da USF da Baixa, o Bengalisboa é um projeto que visa melhorar os cuidados de saúde prestados à esta comunidade. A ideia do projeto nasce por dois médicos antes de ser implementado na USF da Baixa. Tem como motivação a diminuição das desigualdades em saúde e a tentativa de dar respostas em saúde aos desafios apresentados pelas comunidades originários do Bangladesh e suas famílias.

O projeto prevê uma série de ações no território para promoção do estreitamento do diálogo entre instituição de saúde e a comunidade imigrante. Por isso, são realizadas reuniões com alguns membros da comunidade Bangladesh para que possa ouvir as principais urgências e problemáticas que eles enfrentam dentro da sociedade portuguesa.

Ao reconhecer as principais problemáticas em saúde enfrentadas por este grupo e na tentativa de dar respostas em saúde são realizados encontros dentro da comunidade com temáticas específicas:

- Ramadan & Diabetes – este encontro foi realizado no mês de maio do ano de 2018 em que foram promovidas sessões para os imigrantes muçulmanos com diabetes e que faziam jejum em épocas de Ramadão. O objetivo foi de atenuar os riscos e danos causados pela diabetes e agravados com o período de tempo em jejum. A ideia foi a tentativa de conjugar a prática religiosa do Ramadão com a condição do adoecimento crônico da diabetes. Teve a participação de nutricionistas e enfermeiros.
- Depression, let's talk – este encontro aconteceu em setembro de 2018 e tinha como objetivo falar sobre suicídio e depressão que eram temáticas bastante frequentes dentro dessa comunidade. A ideia desse encontro era de romper com alguns estigmas associados ao tema e abrir esse espaço de comunicação entre a USF e a comunidade.

O projeto também compreendeu a necessidade de incluir encontros destinados aos profissionais de saúde no que diz respeito aos cuidados de necessidades mais específicas apresentadas pelos utentes imigrantes:

- Safe Ramadan – com o objetivo de criar um corpo de profissionais mais competentes para lidar com os cuidados em saúde da população muçulmana.
- Providing Primary Care to Multicultural Communities – realizado em janeiro de 2018 com o objetivo de fazer workshops e encontros mais pontuais sobre questões relacionadas com a ultrapassagem de iniquidades em saúde das populações imigrantes.
- Suicide, a multicultural approach – haja vista que a questão da saúde mental foi algo recorrente dentro das questões em saúde trazidas pelos utentes imigrante, foi realizado em setembro de 2018 encontros que pudessem abarcar conhecimentos e competências para a abordagem da demanda em saúde mental pelos profissionais de saúde.

c) Prescrição Social

Esta proposta foi abraçada e criada por um dos médicos trabalhadores da Unidade de Saúde Familiar da Baixa ao perceber que muitos utentes que recorriam as suas consultas com queixas de problemas em saúde possuíam algum problema social atrelado.

A partir disso, e seguindo os grandes estudos sobre os determinantes sociais em saúde, surgiu o projeto de Prescrição Social com grande influência do modelo britânico de cuidados em saúde. Esta proposta tem como marca o diálogo entre comunidade e unidade de saúde. E, além disso, compreende as condições sociais, moradia, trabalho, relações familiares, imigração etc. podem determinar a saúde de algumas pessoas.

Dentro disso, foi criada uma plataforma virtual em que o médico e/ou enfermeiro podem “prescrever” atividades ou serviços para seus utentes, alargando a possibilidade de terapêuticas e aumentando o nível de compreensão social e vínculos com outros recursos da própria comunidade. Estes utentes são encaminhados para a assistente social que servirá de elo de ligação entre o serviço e a comunidade.

Os serviços são ofertados dentro do território, com a parceria prévia de associações, instituições dentro da comunidade. Com isto, a ideia é melhorar a qualidade em saúde e o bem-estar dos utentes além de incluir todos os utentes da unidade e potencializar a ação do assistente social na saúde.

No último relatório semestral publicado em março de 2019, verificou-se que foram referenciados 130 utentes, sendo que desse total 45,4% são imigrantes com o maior número advindo do Bangladesh (24%) e Nepal (11%), incluindo mais 11 nacionalidades diferentes. Os principais motivos para os profissionais usarem o recurso da prescrição social foram: isolamento social (49%), imigração/integração social (42%), exercício físico/sedentarismo (40%), saúde mental (31%), acesso a benefícios sociais (27%), emprego/formação (26%) e acesso a benefícios em saúde (20%).

Este projeto encontra-se ainda em fase de desenvolvimento e, apesar disso, todos os profissionais de saúde reconhecem como sendo um projeto com grande potencial para as problemáticas enfrentadas pelos imigrantes. Acreditam que a partir dessas prescrições de atividades desenvolvidas dentro da comunidade poderia ser um elo construído entre diversos atores sociais para a promoção de mais integrações, mais oportunidades e, consequentemente, combate do isolamento e exclusão social.

São propostas reuniões uma vez por mês entre a Unidade de Saúde Familiar da Baixa com os parceiros da comunidade interessados em fazer parte dos serviços ofertados da Prescrição Social. Além disso, as reuniões também contam com a presença de outras Unidades de Saúde que pretendem implantar o modelo para suas unidades.

d) Tradução de panfletos e manuais em saúde

Como resposta para a diminuição das barreiras comunicacionais e linguísticas, por iniciativa de um dos profissionais de saúde e em parceria com outras instituições, foram traduzidos panfletos e manuais em saúde para outras línguas como o bengali, inglês, nepali, urdu e mandarim. O objetivo foi centrado nas pessoas das comunidades migrantes residentes possuírem acesso ao conhecimento de como funciona o Serviço Nacional de Saúde para facilitar na dinâmica de atendimentos e na busca de cuidados.

Esta iniciativa foi elogiada por um dos utentes que, em entrevista, destacou este projeto como sendo um aspecto positivo e de grande ajuda para ele e a sua família.

Eu gosto daqui. É diferente dos outros serviços que já fui. Os atendimentos são em inglês e eles se esforçam para se comunicar, para entender o que falamos. Eu acompanho minha esposa às consultas e é sempre muito bom. Eles têm manuais e papéis que são traduzidos para a nossa língua. Não vejo isso em outros serviços (Utente, homem, 34 anos, Nepal).

3.6 Limites (profissionais de saúde)

Todos os profissionais de saúde, bem como alguns utentes, reconheceram alguns limites tanto da prática profissional como da prática institucional e do trabalho. Estas limitações, segundos os profissionais entrevistados, os colocavam em situações que impediam muitas vezes a melhor qualidade no atendimento com populações de necessidades mais específicas, como por exemplo, os imigrantes.

a) Tempo de consulta

A maioria dos profissionais citaram como limitações no trabalho a questão do tempo de consulta de 20 minutos para todos os utentes. Este tempo é estabelecido pelo SNS, mas que não leva em conta especificidades dos grupos de cuidados que atendem população imigrante/estrangeiros. Isto é considerado como um limite importante já que muitos consideram

como pouco o tempo de consulta que fazem para alguém que não fala os mesmos idiomas e que precisam de mais recursos e de mais tempo para estabelecer comunicação, vínculo e cuidado.

As nossas consultas são muito curtas, são só de 20 minutos e a haver uma barreira linguística pior, muitas vezes não conseguem entrar com profundidade nestas temáticas (de saúde mental) para perceber quanto elas têm interesse (Profissional 11).

(...) onde é que quero chegar é que claramente eu demoro mais tempo a fazer uma consulta com alguém que não fala uma palavra de português/inglês e/ou um analfabeto. E provavelmente quem tem problemas sociais tem problemas de saúde associados e provavelmente a consulta será mais demorada (...). Demoro mais tempo com este tipo de grupo. Então para isso eu só tenho 20 minutos para uma consulta e até posso demorar mais, mas eu tenho mil e tanto utentes (Profissional 12).

b) Formação continuada

A questão da formação foi algo pontuada pelos profissionais como sendo um limite importante para o qual precisam pensar. Muitos falaram sobre a falta de tempo e do consumo que o próprio trabalho já demandava, outros frisaram a importância da partilha entre os profissionais de saúde e das formações direcionadas para alguns casos específicos relacionados à população imigrante, mas não apenas. Contudo, todos falaram da necessidade de aprender e saber mais com a experiência dos casos que tinham e de formações mais específicas no cuidado com as populações imigrantes.

(...) podíamos ter mais formações mais estruturadas. O médico da Unidade trouxe cá um antropólogo que nos contou sobre as rotas migratórias terrestres, marítimas... vamos tendo algum contato. Mas seria bom que tivéssemos algo mais estruturado, compreensivo, homogêneo e com mais periodicidade (Profissional 3).

(...) eu acho que o ACeS também precisa se dar conta disso. Dar mais formação aos profissionais de saúde que trabalham. Nós temos muita curiosidade em aprender, mas depois acontece algo muito individual de formação (Profissional 4).

Eu não vejo o imigrante como alguém diferente de mim, não é para saber sobre esses (gesto de aspas com as mãos) seres diferentes. Acho que a formação ela dá mais base para compreendermos mais as problemáticas da migração, as prevalências em saúde de certas comunidades, os índices de mortalidade e por aí vai... (...). (Profissional 12).

c) Mediador cultural

Os profissionais de saúde mencionaram também a falta de um mediador cultural na equipe que pudesse não apenas servir de tradutor dos serviços promovidos e feitos dentro da Unidade, mas também, como a próprio termo sugere, mediar aspectos culturais que falam de uma especificidade e melhor qualidade na prestação de serviço. Pussetti (2017) sugere que a mediação cultural também passa pela tradução das preocupações, inquietações e representações de forma adequada que o utente faz quando se encontra em sofrimento ou qualquer outro tipo de questão. A autora reconhece que “conhecer a linguagem dos utentes significa também conseguir interpretar o seu mal-estar, o seu afastamento, o medo, através dos canais de comunicação não-verbal, os gestos, os tons, e até os silêncios” (Pussetti, 2017, 40).

Isto aplica o papel central que um mediador cultural poderia ter no agenciamento dessas lacunas entre os profissionais e os utentes e comunidade, de modo que serve para o aumento da proximidade entre o serviço e a população.

Não existe, mas eu acho que isso seria muito necessário aqui para o nosso trabalho. Ter mesmo o estatuto legal de mediador cultural nas unidades (Profissional 4).

Faria sentido termos uma rede de tradutores que pudessem estar facilmente disponíveis para as nossas consultas, mas as pessoas tinham que estar cá a trabalhar o tempo inteiro porque as necessidades são constantes. Talvez então ser alguém que fizesse parte da equipa. Existe o modelo brasileiro dos agentes comunitários em saúde, que faria todo o sentido desenvolver com a ótica da imigração: haver agentes comunitários que pudessem nos ajudar tanto na comunicação, tradução aqui nas consultas quanto na ligação com a comunidade. Mas para isso acontecer não pode ser um trabalho voluntário (Profissional 11).

d) A falta da rede de cuidados no território

A não presença de outros serviços de saúde previstos na rede de suporte dos CPS, a UCC (Unidade de Cuidados à Comunidade), faz com que os profissionais precisem se ocupar de questões como a promoção de saúde e outros cuidados mais específicos do território. Muitos profissionais dizem que isto acaba por prestar o serviço de forma deficiente já que não conseguem fazer de forma mais consolidada outros projetos e cuidados mais continuados, haja vista que precisam dar conta das demandas colocadas em suas realidades de saúde.

(...) nós aqui não temos nenhuma próxima, nenhum que nos dá apoio, as UCCs, e como não temos nenhuma próxima a falta dessa unidade quase que acabamos fazendo as tarefas que eles deveriam fazer, nomeadamente, promoção de saúde, dinamização de sessão de educação para a saúde e acabamos a fazer todo esse trabalho de UCC sem sermos UCC e sem ganharmos para isso. (Profissional 11).

Diante das falas e caso aqui apresentados verificamos que estamos diante de um estudo de caso rico em que podem ser pensados sob a luz das categorias previamente escolhidas de aproximação, relações de poder e formação continuada. Estas categorias, inspiradas no artigo escrito pelas autoras Padilla et al (2012) e com considerações feitas a partir do acúmulo de conhecimento obtido dentro dessa investigação sobre competência cultural, nos permite fazer algumas pontuações importantes sobre a boa prática na USF da Baixa.

As categorias escolhidas também refletem um conjunto que informa sobre as competências culturais que um serviço de saúde tem para com a sua população como um todo. Já que ser um profissional competente cultural em saúde não se trata de beneficiar apenas os imigrantes ou ditos “culturalmente diferentes”, mas respeita a singularidade e especificidade de cada pessoa com suas crenças e noções de corpo.

A Unidade de Saúde Familiar da Baixa, situada em uma região central das cidades de Lisboa e também turística, se relaciona com a proposta de levar para este local uma nova estratégia de cuidados de saúde. Esta estratégia se configura como sendo nova por dois sentidos: o primeiro motivo é pelo modelo de USF em Portugal ser um modelo relativamente novo de implementação e ainda em processo de transformações, fazendo com que o modelo de cuidado em saúde ao que ela se propõe e maneira de se relacionar com o território acaba também sendo novidade.

Em outro sentido, esta USF, mesmo participando de um modelo proximal e inovador de se fazer saúde, conseguiu ser ainda mais transformadora no que diz respeito aos seus projetos, estratégias e mentalidade. Neste sentido, o fato de ser uma Unidade que é construída também com a vontade de querer pensar a questão migratória já faz com que muitos aspectos sejam considerados como pioneiros e revolucionários.

Para além disso, a mídia faz um papel importante na criação de uma narrativa que enaltece o fato de uma Unidade de Saúde Familiar ter condições e preocupações no atendimento com uma das populações mais marginalizadas, como por exemplo, os imigrantes. Criando assim, o que será chamado da “ilha de tolerância” dentro de um território que, muitas vezes, é marcado por atritos e preconceitos.

Levando em consideração esses e outros aspectos, pode-se considerar que a Unidade de Saúde Familiar da Baixa caminha a passos largos no que diz respeito à questão da **proximidade** com seus utentes. As estratégias e projetos que vão desde aos atendimentos em horários mais alargados, folhetos e manuais traduzidos para mais de uma língua, sessões e encontros serem feitos em inglês e português e os projetos já descritos como a Prescrição Social e o Bengalisboa mostram conhecimento das problemáticas enfrentadas pelas populações imigrantes e as ações que vão ao encontro de darem respostas mais proximais às necessidades dos imigrantes.

A questão da proximidade também atravessa as **relações de poder** que foi uma categoria de análise escolhida para este processo. A Unidade de Saúde Familiar da Baixa e os profissionais vão no esforço de construir relações mais horizontalizadas entre profissionais e utentes, indo na contramão da tradição biomédica, em que o lugar do médico torna-se soberano e incontestável diante do paciente que, por sua vez, como a própria etimologia da palavra nos mostra, é considerado passivo diante das noções do seu próprio corpo.

Nas atitudes concretas temos a não utilização de batas ou jalecos dos profissionais de saúde com a intuito expresso de uma maior aproximação com esta população, a preocupação no estabelecimento do vínculo e maior abertura para diversas temáticas, a preocupação em responder as principais problemáticas de saúde que afeta a população utente imigrante.

As relações de poder estabelecidas entre utente e profissional de saúde dizem muito sobre a condição de competência cultural ao qual se encontram. Sabemos que as assimetrias de poder são também constitutivas e causas de uma série de barreiras e maus entendidos no mundo médico ocidental. Para Popay et al (2008) uma das formas de exercer a exclusão social e de cometer as iniquidades em saúde é desenhado por relações desiguais de poder que afeta as dimensões culturais, políticas, económicas e sociais.

Pussetti (2017) compreende que a própria dimensão do cultural já possui a sua valência política. Ou seja, o ato de recorrer a um utente que não fala o mesmo idioma e fazer o esforço de compreendê-lo ao nível de suas queixas e necessidades, já revela em si o que a autora irá chamar de uma ‘perturbação do discurso dominante e universalista da biomedicina’. Esta relação precisa, necessariamente, mais desse Outro para acontecer.

O modelo de USF, de modo geral, repensa a noção do cuidado em saúde para caber um olhar mais inclusivo e mais horizontal. Uma das estratégias do modelo de USF e CPS é o cuidado centrado na pessoa em que lança para o outro esse lugar de empoderamento sobre suas questões, além do respeito pelas singularidades e a valorização das diferentes histórias de vida. Este novo paradigma do cuidado foi mencionado por muitos profissionais de saúde do USF da Baixa que buscam por este tipo de interação mais horizontal com o utente e que tenta fugir desta noção dogmática e tradicional biomédica.

Contudo, ainda é verificado nos discursos de alguns profissionais a cultura sendo colocada como algo que se desloca do ser humano, interpretada como este elemento inteiro e sem permeabilidade com o meio social ou com outros aspectos da vida. Neste caso, a cultura é interpretada, seguindo aquilo que Fassin (2001) discute, como sendo tanto a origem e explicação de todos os males e comportamentos desviantes desse Outro, quanto também seu próprio remédio. Ou seja, ao colocar a cultura no centro das coisas fica difícil encontrar outras alternativas de diálogos e interpretações que não sejam aquelas que o fator cultural informa. Isto limita, cria estereótipos e provavelmente não irá ajudar na busca de cuidados e resolução de necessidades daquele utente.

Além disso, o fato da Unidade não possuir uma equipe diversa em sua nacionalidade e também representada pelas nacionalidades dos utentes imigrantes aos quais prestam serviços, também indicam uma fragilidade no sentido de compreensão, empatia e relacional que irão influenciar no formato de cuidado proposto e acolhido.

Isto abre espaço para serem discutidas a relevância das **formações continuadas**. Este foi um tópico também sentido como faltante pelos profissionais de saúde e é algo considerado importante para trazer mais coerência e alinhamento para a equipe.

Segundo Cross (1989) a formação continuada significa um passo importante na direção da competência cultural em saúde. Para ele é bem comum que a uma equipe em saúde em que é tida como competente cultural e que consiga alcançar alguns avanços nesse sentido, estagne na busca e procura pelo aprimoramento. Como vimos, para estes autores, a competência cultural não representa um patamar de condições em que não há mais nada em que se possa melhorar.

A competência cultural faz parte de um continuum no movimento e que a todo tempo se faz necessário pensar e repensar sobre as práticas, projetos, conceitos e atitudes perante os grupos aos quais se prestam cuidados em saúde.

Kleinman e Benson (2006) assim como Carpentier (2014) e Kirmayer (2012) criticam a postura que muitos profissionais de saúde possuem de achar que a competência cultural é uma técnica que pode ser apreendida. A competência cultural, muitas vezes, é interpretada como a aquisição de um conjunto de técnicas médicas que podem ser aprendidas a partir do conhecimento que se faz às crenças e culturas advindas de outras populações. Visto dessa maneira, o conceito de competência cultural em saúde pode cair na construção de estereótipos e de mais barreiras que o indivíduo em si.

Os profissionais de saúde falaram sobre a necessidade que sente de haver formações mais continuadas para a melhoria do atendimento da população imigrante. O que é compreendido como formação continuada precisa partir da ideia de Cross (1989) e Padilla et al (2013) que é da compreensão que todos os profissionais de saúde necessitam de atualizações, formações e compreensões das práticas e para suas melhorias no atendimento em saúde. As formações não devem, no entanto, ir no sentido de reforçar compreensões estanques sobre uma cultura e/ou população, mas ir na direção da sensibilização e da informação que possam ser utilizadas para fins de melhoramento da prática assistencial.

Neste sentido, de acordo com Pussetti (2017), as boas práticas nos cuidados da população imigrante e que refletem a competência cultural em saúde são aquelas que possuem conhecimento sobre diversas barreiras existentes entre o ser imigrante e a instituição do cuidado de saúde. Isto significa dizer sobre as proposições das estratégias para a comunicação quando o idioma é diferente, o respeito aos direitos e singularidades, a promoção e reconhecimento da autonomia e das escolhas sejam elas de cunho religioso, orientação sexual ou laboral. Além disso, com o cuidado para não fazer parte de mais uma prática de criação de categorias exóticas, engessadas que alimenta uma indústria da assistência ao imigrante (Pussetti, 2017, 43).

Para Kleinman e Benson (2006) este cuidado que compreende a cultura como não sendo estática e fechada em si mesma, mas que leva em consideração outros aspectos da vida do sujeito (como de ordem familiar, social, econômica, etc.), é muito mais benéfico para a sociedade e para os utilizadores dos serviços, pois impactam com mais profundidade e em aspectos macro ao qual o sujeito está envolvido.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde da população imigrante é uma temática que vem se tornando progressivamente presente na agenda da saúde pública. Cada vez mais torna-se urgente e necessário pensar sobre a saúde global das populações, mais ainda, aquelas em situações de vulnerabilidade, como é o caso da população imigrante e os desafios que são impostos.

Em Portugal, país considerado como um dos mais preocupados com a integração dos imigrantes (MIPEX, 2015), enfrenta dificuldades no que diz respeito à saúde desta população. Um dos primeiros limites que se tem é a falta da recolha sistemática de dados, o que não permite que instituições nacionais recolham informações sobre a condição da saúde dos imigrantes, de modo geral. Esta falha abre uma grande lacuna tanto de intervenções (saúde pública, políticas públicas e informações) quanto de respostas a serem dadas a estas populações. Isto revela a importância do campo teórico e investigativo das pesquisas nesta área para contribuir de forma mais sistemática com informações, dados e para a melhoria da condição de saúde desta população.

Além disso, Portugal não possui leis expressas que regulam e colocam em condições de obrigatoriedade o acesso à saúde da imigração, principalmente a população imigrante em condições irregulares. O país possui um Despacho que, pelas ordens legais, representa uma diretriz importante, mas não possui a mesma imposição de uma lei ou outra especificação jurídica maior que contenha punição aos que infrinjam esta normativa. A consequência disto é, normalmente, o não conhecimento do Despacho ou o não cumprimento do mesmo pelos serviços de saúde.

Esta condição soma-se ao fato da população imigrante, nomeadamente as pessoas que vivem em condições irregulares de estada dentro do país, possuem dificuldades de ida serviços de saúde pelas inúmeras barreiras que são impostas e colocadas desde o seu percurso e procura de estabelecimento/serviço de saúde até o medo de serem denunciados, a falta de conhecimento da própria organização dos serviços de saúde e dos seus direitos ou condição financeira.

Quando estas populações conseguem, finalmente, fazerem uso de algum serviço de saúde disponível, outras tantas barreiras se mostram entre o imigrante e o cuidado em saúde, barreiras que dizem respeito à comunicação, barreiras culturais, preconceito por parte dos profissionais de saúde, atitudes paternalistas, reificação de estigmas, falta de conhecimento dos profissionais e serviços de saúde para as especificidades que o contexto migratório impõe. Isto tudo apenas reforça, ainda mais, os hiatos existentes entre o cuidado e a população imigrante.

A competência cultural, portanto, é enxergada como uma solução possível para a inclusão e diminuição das barreiras colocadas entre serviço de saúde e utilizador. Ela é tida como habilidades que compõem um serviço que seja mais inclusiva e que respeite a singularidade de cada pessoa. Um serviço competente cultural é um serviço em que tanto os profissionais quanto as próprias estruturas tenham por objetivo incluir, da melhor maneira possível, as preocupações e promoções em saúde da população imigrante sem repetir comportamentos paternalistas de cuidado e preconceitos reforçadores de estigmas.

Além disso, o modelo de Unidade de Saúde Familiar que existe a partir dos preceitos e alinhamentos teóricos dos Cuidado Primário em Saúde (CSP) é um modelo que possui em suas bases fundadoras o cuidado inclusivo, a abordagem centrada na pessoa e a valorização do sujeito biopsicossocial. Como vimos, os pressupostos que sustentam vão na contramão da medicina cultural biomédica, sustentando relações utente-profissional através do vínculo, dos cuidados continuados, do reconhecimento do ser humano nas pluridimensões biopsicossociais e na valorização da experiência do adoecimento e construção em conjunto da terapêutica necessária.

A USF é um modelo que tem como objetivo o trabalho mais próximo das populações e do território a qual faz parte. Por isso mesmo, as unidades possuem maior conhecimento sobre as adversidades, podem prever resultados em saúde e lançar mão de estratégias que vão na direção da promoção em saúde, bem-estar e aumento da qualidade de vida.

A competência cultural em saúde por ser esse construto que lança um olhar mais inclusivo e de valorização da experiência humana sobre a vida a qual ela compõe, pode e deve ser exercida por profissionais de saúde e dentro das instituições e serviços que prestem assistência em saúde para qualquer ser humano.

Através do conjunto de cuidados que incluem o olhar centrado na pessoa, a valorização do trabalho multidisciplinar, a noção de outras dimensões influenciam na vida e a vigilância em saúde e proximidade com o território em que as pessoas residem, pode-se dizer que a USF com a perspectiva do CSP, por si só, prevê, em suas prerrogativas, a competência cultural em saúde.

Corroborando com isto o autor Estrela (2009) ao afirmar que, pela globalidade e continuidade dos cuidados que prestam e pela maior proximidade do trabalho com as populações, os profissionais dos CSP reúnem as melhores condições de atuar dando respostas mais próximas às situações de saúde das populações, pois compreendem as interações mais complexas que incluem dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais da doença.

Com isto, fica mais fácil compreender a USF da Baixa como sendo um serviço em que presta boas práticas de saúde para as necessidades dos imigrantes. Os serviços prestados e previstos pela USF atuam nas necessidades dos seus utentes e estaria atrelada ao compromisso da promoção de saúde.

Contudo, a atuação dos profissionais de saúde caminha em uma direção de aproximação das demandas que são colocadas pela população imigrante, pois reconhece as dificuldades e problemáticas enfrentadas por esta população e do terreno. Os projetos e ações que são desenvolvidas propõem a redução das desigualdades na saúde e no acesso dos seus utilizadores, qualidades dos cuidados em saúde e fortalecimento da comunidade a partir da promoção envolvimento de outros atores sociais dentro dos projetos. Forma-se um tripé importante de sustentação utente – unidade de saúde – sociedade.

Há muitos limites que ainda se colocam dentro dessa prática. Estes limites podem ser divididos como micro relacional e macroestrutural. No que diz respeito ao limite micro relacional, pode-se verificar que alguns profissionais de saúde possuem o conhecimento de ‘cultura’ como sendo engessado, fixo e distante e, por isso, algo passível de aprendizado através de formações e workshops, esperam um conhecimento mais técnico de como lidar com as diferenças culturais. Ou em alguns casos não se reconhecerem como igualmente respondentes de uma cultura, achando que o utente precisa se “esforçar” mais para compreender o que acontece. Este último não é verificado na fala comum dos profissionais de saúde, apenas em alguns casos esta noção está presente. Porém, ainda reafirma e reflete a ideia médica vigente.

Além disso, pode-se também notar as dificuldades que alguns utentes imigrantes sentem de saberem o funcionamento ou o papel organizativo de uma Unidade de Saúde Familiar. Este limite, traduzido na baixa literacia em saúde, reconhece um ponto a ser trabalhado a respeito da construção do entendimento do que é a assistência primária em saúde, quais os serviços que podem ser ofertados e as respostas que podem ser dadas para cada tipo de demanda.

Uma questão importante para ser pensada e trabalhada é no que diz respeito a área da saúde mental. Há uma fala recorrente entre os próprios profissionais de saúde sobre os desafios no campo da saúde mental nos utentes imigrantes. Apesar de existirem psicólogas dentro da Unidade, as mesmas não trabalham com pessoas que não dominam o idioma português (que inviabilizaria o trabalho clínico), contudo não possuem outras alternativas para lidar com o processo de adoecimento psíquico que alguns imigrantes em suas condições sofrem. São propostos por outros profissionais de saúde, algumas alternativas que possam lidar melhor com estes agravantes, contudo, ainda assim, há uma lacuna importante que para ser considerada.

Há aqui de se pensar a ideia da *interseccionalidade* como construto de suporte importante para lidar com as problemáticas em saúde. Vislumbrar e considerar um modelo interseccional de saúde é estar atento para um modelo de saúde mais aliado às necessidades da população. Há a necessidade de se pensar os cruzamentos entre os construtos sociais macroestruturais, como gênero, etnia, cultura e classe, para que se der formato às ações e planos de intervenções às populações que estão no meio deste cruzamento.

Nos termos mais macroestrutural foram traduzidas pelas condições sociais, falta de políticas públicas, falta de rede de apoio assistencial ao território e alguns cumprimentos das ordens organizativas do SNS que impedem o atendimento e não acompanham os resultados em saúde que são almejados, além de possuir igualmente o impacto na saúde da população imigrante assistida.

Portugal apesar de ser considerado um dos países europeus em que mais pensa sobre seus imigrantes, ainda possui muitos caminhos para serem avançados e parte do que é proposto ainda se encontram diferente da realidade em que se é colocada em prática. A saúde das pessoas depende de uma série de conjuntos e medidas que funcionam como engrenagem para fazer funcionar um sistema mais inclusivo e com ações de cuidado a toda a população.

A problemática e necessidades em saúde da população imigrante chega para reinventar os modos de cuidados vigentes. É imperativa a necessidade de se fazer uma saúde cada vez mais integrada a outros olhares e que pense a sociedade em questão em suas ordens de dimensão política, mais que a culpabilização individual sobre seus problemas em saúde.

Como todo trabalho investigativo, este possui recortes que impuseram limites nos alcances para se pensar o aprofundamento de outras problemáticas. Para próximos estudos seria interessante e crucial levar em consideração a interseccionalidade (foco nas relações entre gênero e classe, classe e cultura, nacionalidade e gênero, etc). É inegável as interdependências entre estas dimensões para que se possa pensar os determinantes da saúde mental e global de uma determinada população.

5. REFERÊNCIAS

- ACIDI (2007). Plano para a Integração dos Imigrantes: Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007 de 3 de Maio. Presidência do Concelho de Ministros.
- ACIME – Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (1996). A integração dos imigrantes e das minorias étnicas: linhas de actuação do ACIME (1996/1999).
- AKTHAR, S. (1999). Immigration and identity: Turmoil, treatment, and transformation and choices for all. United Nations.
- ANDRADE, I. J. M. (2006). Geografia da saúde da população imigrante na Área Metropolitana de Lisboa. – (Tese:21). Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- ARAÚJO, J.F. (2000). Hierarquia e mercado: a experiência recente da administração gestonária. Comunicação apresentada no 2º Encontro INA - Moderna gestão pública: Dos meios aos resultados, Lisboa.
- Assembleia da República. (2005). Constituição da República Portuguesa 1976. VII Revisão Constitucional.
- AYRES, J.R.C.M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.11, p.11-24, 2002.
- BÄCKSTRÖM, B. (2002). A saúde do imigrante inspira cuidados intensivos. A imigração em Portugal: os movimentos humanos e culturais em Portugal. SOS Racismo, Lisboa.
- BÄCKSTRÖM, B. (2006). Saúde e migrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa. Tese de Doutoramento. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.
- BAGANHA, M. I., MARQUES, J.C. e GÓIS, P. (2009). Imigrantes em Portugal: uma síntese histórica. No. 2001: 115–26. *Ler, História, Imigração*. n. 56, p. 115-126. Coimbra: Faculdade de Economia.

- BARBOSA, P (2010). Desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários em Portugal.
- BARROS, F. P. C., LOPES, J. S., MENDONÇA, A.V. M. e SOUSA, M. F. (2016). Acesso e equidade nos serviços de Saúde: uma revisão estruturada. *Saúde Em Debate* 40 (110): 264–71.
- BO, A. et al. (2015). Coronary heart disease incidence among non-Western immigrants compared to Danish-born people: effect of country of birth, migrant status, and income. *European Journal of Preventive Cardiology*. Vol. 22(10) 1281–1289.
- BONILLA-SILVA, E. (2003). Racism without racists: Color-blind racism and the persistence of racial inequality in the United States. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- BORRELL, C. et al (2008). “Immigration and Self-Reported Health Status by Social Class and Gender: The Importance of Material Deprivation, Work Organization and Household Labour.” *Journal of Epidemiology & Community Health* 62 (5): e7–e7. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.055269>.
- BUCHAN, J. (2006). Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? *Human Resources for Health in Europe*. Dubois, McKee, Nolte (ed). New York: WHO-European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- CALADO, B., SILVA, L., GUERREIRO, D. 1997. Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal, identificação das barreiras - resultados parcelares. *Saúde em Números* 12(4):29-31.
- CANESQUI, A. M. (2007). Estudos Antropológicos sobre os Adoecidos Crônicos. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec; p. 19-51.
- CANESQUI, A.M. (2015) organizadora. Adoecimentos e sofrimentos de longa duração. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.
- CAPELL, J. e VEENSTRAY, G. (2007). Cultural Competence in Healthcare : Critical Analysis of the Construct. *Journal of Theory Construction & Testing*. 11 (1).
- CARBALLO, M., (2007), The challenge of migration and health, Antwerp: International Centre for Migration and Health.
- CARBALLO, M., DIVINO J. J., e ZERIC, D. (1998). Migration and Health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*. European Observatory on Health. Vol. 3 (12): 936–44.
- CARPENTER-SONG, E. A., SCHWALLIE, M.N. e LONGHOFER, J. (2014). Cultural Competence Reexamined: Critique and Directions for the Future. *Psychiatric Services* 58 (10): 1362–65.
- CARRASCO-GARRIDO, P. (2007). Health Profiles, Lifestyles and Use of Health Resources by the Immigrant Population Resident in Spain. *European Journal of Public Health* 17 (5): 503–7.

- CERDEIRA, L., CABRITO, B., TAYLOR, M. L. M. e GOMES, R. (2016). A Fuga de Cérebros Em Portugal: Hipóteses Explicativas. *Revista Brasileira de Política e Administração da Educação - Periódico Científico Editado Pela ANPAE* 31 (2): 409.
- Circular Informativa nº 12/DQS/DMD (2009). Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde / Divisão da Mobilidade de Doentes.
- CM - Câmara Municipal de Lisboa (2016). Nova unidade de saúde na Baixa serve mais de 14 mil pessoas. *Notícias Online*. Disponível em: <http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/nova-unidade-de-saude-na-baixa-serve-mais-de-14-mil-pessoas>
- COUTINHO, E. et al. (2017). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural. *Investigação Qualitativa Em Saúde* 2: 1578–87.
- COUTINHO, L. e OLIVEIRA, M. X. (2010). Tendências comportamentais frente à saúde de imigrantes brasileiros em Portugal. 548–57.
- COUTINHO, M. P. L., FRANKEN, I., & RAMOS, N. (2008). Depressão, migração e representações sociais no contexto escolar de Portugal. In N. Ramos (Org.), *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas* (pp. 133-175).
- CRAVEIRO, D. e PEIXOTO, J. (2017). Migrações de substituição: a evolução do conceito no debate do envelhecimento populacional. *Migrações e Sustentabilidade Demográfica: Perspectivas de evolução da sociedade e economia portuguesas*. Org. João Peixoto e outros. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.
- CRENSHAW, K. W, CARBADO, D. W., MAYS, V. e TOMLINSON, B. (2013). Mapping the movements of a theory. *Du Bois Review: Social Science Research on Race* 10 (2): 303–12.
- CRENSHAW, K. W. (1994). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. 1–13.
- CRENSHAW, K.W. (2004). A Interseccionalidade na discriminação de raça e gênero.” *Cruzamento: Raça e Gênero*, 7–16.
- CROSS, T. L. et al (1989). Towards a culturally competent system of care: monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. Georgetown Univ. Child Development Center, Washington, DC. CASSP Technical Assistance Center.
- Decreto do Governo n.º 39/84 de 18 de Julho. *Diário da República* n.º 165/1984, Série I de 1984-07-18. Ministérios dos Negócios Estrangeiros, das Finanças e do Plano, da Educação e da Saúde.
- Decreto do Governo nº35/89 de 12 de Julho. *Diário da República*. I Série A. Ministério da Saúde – nº160.

- Decreto do Presidente da República nº67/94 de 27 de Agosto. *Diário da República*. n.º 198/1994, Série I-A de 1994-08-27. Presidência da República.
- Decreto Lei n.º 24/77 de 3 de Março. Aprova o Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde. *Diário da República Eletrónico*. Ministério dos Negócios Estrangeiros - Gabinete Coordenador para a Cooperação. pp. 363-364.
- Decreto Lei n.º 25/77 de 3 de Março. *Diário da República* n.º 52/1977, Série I de 1977-03-03. Ministérios dos Negócios Estrangeiros, das Finanças e do Plano, da Educação e da Saúde.
- Decreto Lei n.º 296-A/95 de 17 de novembro. *Diário da República* n.º 266/1995, 1º Suplemento, Série I-A de 1995-11-17. Presidência do Conselho de Ministros. 7084-(2) a 7084-(7).
- Decreto-Lei n.º 67/2004 de 25 de Março. *Diário da República* n.º 72/2004, Série I-A de 2004-03-25. Presidência do Conselho de Ministros, pp. 1798 – 1798.
- Despacho n.º. 25 360/2001 de 12 de Dezembro. *Diário da República* N.º 286 – II série. Ministério da Saúde.
- DGS (2008). Saúde reprodutiva/Planeamento familiar. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. 67 p. - ed. revista e actualizada. Progação Nacional de Saúde Reprodutiva.
- DGS (2009). Circular Informativa: Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde.
- DIAS, M. I. S. (2005). Uma Viagem Psicológica Pela Migração. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 6–12.
- DIAS, S. (2015). Imigrantes e VIH/SIDA. Relatório Final. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA.
- DIAS, S. e GONÇALVES, A. (2007), *Migração e Saúde*. in DIAS, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 15-26
- DIAS, S. e ROCHA, C. (2009). Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras: um estudo qualitativo. Colecção Estudos nº32. Lisboa: ACIDI/Observatório da Imigração.
- DIAS, S. et al (2018). Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes. Lisboa: Observatório das Migrações.
- DIAS, S., GAMA, A., SILVA, A. C., CARGALEIRO, H. e MARTINS, M. O. (2011). Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: a perspectiva dos profissionais de saúde. *Acta Med Port* 24 (4): 511–16.
- DUARTE et al (2017). Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology Journal*, vol. 24, p. 115-119.

- EACS (2016). European Aids Clinical Society Report European AIDS Clinical Society. EACS Standard of Care for HIV and COINFECTIONS in Europe. Bussels: European Meeting Report.
- ERS (Entidade Reguladora da Saúde). (2018). Taxas moderadoras do SNS. Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/142>
- ESCOVAL A, RIBEIRO R.S., MATOS, T.T. (2010). A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, Temático: 9: p.41-57.
- ESPINOSA, L., et al. (1989). A saúde na criança migrante: estudo multicêntrico de crianças ciganas e africanas. *Revista Portuguesa de Pediatria*. 20: 1, 29-31.
- ESTRELA, P. (2009). A saúde dos imigrantes em Portugal. *Revista Port Clínica Geral* 2009; 25: 45-55. Dossier: Multiculturalidade.
- EUROHIV (2008). European Centre for Disease Prevention and Control: Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
- FASSIN, D. (2001). Les politiques de l'ethnopsychiatrie: la psyché africaine. Des colonies africaines aux banlieues parisiennes. *L'HOMME* 153 / 2000, pp. 231 à 250.
- FASSIN, D. (2006). Nommer, interpréter. Le sens commun de la question raciale. Didier Fassin et Eric Fassin (ed.), *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, Paris : La Découverte, pp. 19-36.
- FERNANDES, A. B., & MONTEIRO, A. P. (2015). Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (14), 39-47.
- FONSECA, M. L. e SILVA, S. (2010). Saúde e Imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça. – (Estudos OI; 40). Lisboa: Observatório da Imigração.
- FONSECA, M. L. e SILVA, S. (2010). Saúde e Imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça. – (Estudos OI; 40). Lisboa: Observatório da Imigração.
- FONSECA, M. L., ESTEVES, A., MCGARRIGLE, J. SILVA, S. (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde* 1: 27–52.
- GAO, Haijuan, Mohan Dutta, and Titilayo Okoror. 2016. "Listening to Chinese Immigrant Restaurant Workers in the Midwest: Application of the Culture-Centered Approach (CCA) to Explore Perceptions of Health and Health Care." *Health Communication* 31 (6): 727–37. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.989383>.

- GARDETE, M. e ANTUNES, M. (1997). Tuberculose em imigrante. *Saúde em Números*, 8, 30-32.
- GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- GODINHO, V. M. (1978). L'Emigration portugaise (XVè-XXè siècles). Une constante structural et les responses aux changements du monde. *Revista de História Económica e Social*, Lisboa, n. 1, p. 5-32, 1978.
- GÓIS, P. e MARQUES, J. C. (2018). Retrato de um Portugal migrante: a evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos 40 anos.
- GOLDRING, L. e LANDOLT, P. (2013). Introduction. The Conditionality of Legal Status and Rights: Conceptualizing Precarious Non-Citizenship in Canada. *Producing and Negotiating Non-Citizenship: Precarious Legal Status in Canada*, p. 3–27.
- GONÇALVES, A., DIAS, S., LUCK, M., FERNANDES, M.J., CABRAL, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol 21, nº1. 55-64.
- GONE, J. P., & KIRMAYER, L. J. (2010). On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. In T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*(pp. 72-96). New York, NY, US: The Guilford Press.
- GOOD, M. et al. (1994), Pain as Human Experience: an anthropological perspective. Berkeley: University of California Press.
- Governo de Portugal. Plano estratégico para as Migrações 2015-2020. Resolução do Conselho de Ministros.
- GRIMALDI et al. (2016) Heart surgery for immigrants in Italy: burden of cardiovascular disease, adherence to treatment and outcomes. *Journal of Cardiovascular Medicine* vol. 17. p. 105-112
- GUALDA, D. M. R. e HOGA, L. A. K. (1992). Estudo sobre teoria Transcultural de Leininger. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 26, n.1, p.75-86, mar. 1992.
- GUARNACCIA, P. J., & RODRIGUEZ, O. (1996). Concepts of culture and their role in the development of culturally competent mental health services. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 18(4), 419–443.
- HAHN, R. A. e KLEINMAN, A. (2003). Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology* 12 (1): 305–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.an.12.100183.001513>.
- HUDDLESTON, T.; BILGILI, Ö.; JOKI, A. e VANKOVA, Z. (2015). Migrant Integration Policy Index. Barcelona/ Brussels: CIDOB and MPG.
- IM, E. e YANG, K. (2006). Theories on Immigrant Women's Health. *Health Care for Women International*, 27, 666–681.

- INDA, J. X. (2006). Targeting immigrants: Government, Technology, and Ethics. Victoria: Australia.
- INE – Instituto Nacional de Estatística. (2011). População cresce 2% na última década graças ao saldo migratório. *Destaque: informação à comunicação social*. XV recenseamento geral da população.
- INE – Instituto Nacional de Estatística. (2012). A População Estrangeira em Portugal. *Destaque: informação à comunicação social*.
- INGLEBY D. (2009). European Research on Migration and Health. Background paper developed within the framework of the IOM project “Assisting Migrants and Communities (AMAC): analysis of social determinants of health and health inequalities. Geneva: International Organization for Migration.
- INGLEBY, D., CHIMIENTI, M., HATZIPROKOPIOU, P., ORMOND, M., FREITAS, C. (2005). The role of health in integration. *Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health. IMISCOE Cluster B5 State of the Art Report*, no. January: 88–119.
- INSTITUTE OF MEDICINE [IOM]. (2001). Crossing the quality chasm. Washington, DC: National Academies Press.
- IOM (2018). World Migration Report. International Organization for Migration. Geneva: UN. The UN Migration Agency. ISSN 1561-5502.
- IOM. Social Determinants of Migrant Health. UN: Migration. Disponível em: <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>
- IRVIN-ERICKSON, D. (2016). Raphael Lemkin and the Concept of Genocide. Pennsylvania Studies in Human Rights. University of Pennsylvania Press.
- JACK, M.S., NIELSEN, S., COKER, R.J. (2008). HIV testing strategies across European countries. *HIV Medicine*, 9, 13-19.
- KIRMAYER, L. J. (2012). Rethinking Cultural Competence. *Transcultural Psychiatry* 49(2): 149–64. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>.
- KIRMAYER, L.J. et al (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association*. 183(12) : 959 – 67.
- KLEINMAN, A. e BENSON, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine* 3:1673– 1676, 38.
- KRIEGER, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* ;55:693–700.
- LARSEN, K. et al. (2009). “Threat Perception and Attitudes Toward Documented and Undocumented Immigrants in the United States: Framing the Debate and Conflict Resolution.” *European Journal of Social Sciences* 7 (2009): 115–34.

- LECHNER, E. (2007). Saúde mental e imigração. *Revista Migrações – Números Temático Imigração e Saúde*, nº1. Lisboa: ACIDI, p. 79-101.
- LEE, A.S. e FARRELL, M. (2006). Is cultural competency a backdoor to racism? *Anthropology News* 47(3): 9–10.
- LEININGER, M. (1978). *Transcultural nursing: Theories, research, and practice* (2nd ed.) New York: John Wiley.
- LEONE, C., DUSSAULT, G. e LAPÃO, L. V. (2014). Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 30(1), p. 149-160.
- LEVESQUE, J., HARRIS, M. F. e RUSSELL, G. (2013). Patient-Centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems. *International Journal for Equity in Health* 12:181–9.
- LOPES, L. (2007). Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa. Coleção teses, n. 11. Lisboa: ACIDI, IP/Observatório da Imigração.
- LOUW et al. (2017). Patient- or Person-Centred Practice in Medicine? - A Review of Concepts. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine* 9 (1): 1–7.
- LUCK, M., FERREIRA, R., PATRÍCIO, A., SIMÕES, G., HORTA, R. e MAGALHÃES, E. (1999). “Vigilância Da Gravidez Numa Comunidade Imigrante Africana. Necessidades Elevadas, Baixa Utilização.” *Saúde Em Números* 14 (1): 1–4.
- MACHADO, M. C. et al. (2006). Iguais ou diferentes? – Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes. Lisboa: Laboratórios Bial.
- MALHEIROS, J., CARVALHO, R., & MENDES, L. (2013). Gentrification, residential ethnicization and the social production of fragmented space: theory and evidence from two multi-ethnic neighbourhoods, in Lisbon and Bilbao. *Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia*, XLVIII, (96), 109-135.
- MAPRIL, J. (2012). *Islão e Transnacionalismo: uma etnografia entre Portugal e o Bangladesh*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- MARQUES, J. C., GÓIS, P. (2011). *A emergência das migrações no feminino*. LCascais: Princípio.
- MBEMBE, A. (2017). *Políticas da Inimizade*. Edição Antígona.
- MCKEE, M. (2011). *Migration and health in the European Union*. WHO – European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- MEAD N, BOWER P. (2000). Patient centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. P.1087–1110.

- MEAD N, BOWER P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Educ Couns*, p.51–61.
- MELO, R. A. e CAMPINAS, L. (2010). Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na estratégia saúde da família. *O Mundo Da Saúde* 35 (1): 25–35.
- MENDES, M. (2012). Bairro da Mouraria, território de diversidade: entre a tradição e o cosmopolitismo. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Número temático: Imigração, Diversidade e Convivência Cultural, pp.15-41.
- MENEZES, M. (2015). Mouraria: onde mora o quotidiano na invenção do património urbano? *Laboratório Nacional de Engenharia Civil – LNEC*, 139-148.
- MINAYO, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):621-626, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010: mais para todos. Lisboa, fevereiro. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>.
- MODOOD, T. (2007). *Multiculturalism*. Cambridge, UK: Polity.
- MONTEIRO, et al. (2017). Cuidados Primários Em Saúde Em Portugal: 10 Anos de Contratualização Com Os Serviços de Saúde Na Região de Lisboa.” *Ciência & Saúde Coletiva* 22 (3): 725–36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016>.
- MORGAN, S. E YODER, L. H. 2012. “A Concept Analysis of Person-CenteredCare.” *Journal of Holistic Nursing* 30 (1): 6–15.
- MOULLAN, Y. e JUSOT, F. (2014). Why Is the ‘healthy Immigrant Effect’ Different between European Countries? *European Journal of Public Health* 24 (SUPPL.1): 80–86. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku112>.
- MSN (2016). Costa defende saúde de proximidade como motor da modernização do SNS. *Jornal Online. Notícias*. Disponível em: <https://www.msn.com/pt-pt/noticias/other/costa-defende-saude-de-proximidade-como-motor-da-modernizacao-do-sns-editado/vi-AAkq6OD>
- MURTA, C. & SANSON Jr., J. S. (2017). O corpo-máquina de descartes em técnicas médico-terapêuticas. *Revista de Filosofia*. Vol. 8, Nº 15, p.45-70.
- NAÇÕES UNIDAS. (2009). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Rio de Janeiro: UNIC. pp. 1-16.
- NETO, F (2007). Atitudes em relação à diversidade cultural: implicações psicopedagógicas. *Revista portuguesa de pedagogia*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra.
- NETO, F. (2002). *Psicologia Intercultural*. Lisboa: Universidade Aberta.

- NETO, F. (2010). Portugal intercultural: Aculturação e adaptação de jovens de origem imigrante. Porto: Livpsic.
- NIELSEN, S. S., & KRASNIK, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal of Public Health (Print Edition)*, 357-71.
- OCDE (2018). Settling In 2018: main indicators of immigrant integration. European Commission.
- OLIVEIRA, C. R. e GOMES, N. (2018). Migrações e Saúde em números: o caso português. Cadernos estatístico temático # 2, coleção Imigração em números do Observatório das Migrações (coord. C.R. Oliveira), Lisboa: ACM.
- OMS (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- OMS. (1986). A Promoção Da Saúde: Carta de Ottawa. 1a Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde, 1-6.
- OMS. (2008). Relatório Mundial de Saúde – Cuidados Primários: dar prioridade às pessoas.
- PISCO, L. (2007). A Reforma Dos Cuidados de Saúde Primários. Cadernos de Economia, p. 61-66.
- ORTIZ, M. A. (2016). A saúde das mulheres imigrantes: uma questão de cidadania e inclusão. Tese de Doutorado. Lisboa: ISCTE.
- PADILLA, B. (2013). Saúde dos Imigrantes : Multidimensionalidade. *Rev. Inter. Mob. Hum, Brasilia* 49 (n. 40): 49-68. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1980-85852013000100004>.
- PADILLA, B. (2017). Saúde e Migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania. *Revista Interface – Comunicação Saúde e Educação*. 21(61): 273-285.
- PADILLA, B. e ORTIZ, A. (2012). Fluxos migratórios em Portugal: do boom migratório à desaceleração no contexto de crise 40. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*. Brasília, Ano XX, Nº 39, p. 159-184, jul./dez. 2012.
- PADILLA, B., HERNÁNDEZ-PLAZA, S. e ORTIZ, A. (2012). Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política. *Fórum Sociológico*. 22 | 2012, DOI : 10.4000/sociologico.550
- PAHO (Pan American Health Organization). (2004). Health Indicators: Conceptual and operational considerations.
- PAÍS AO MINUTO. (2016). Unidade de Saúde Familiar da Baixa será "instrumento de inclusão". *Jornal Online País ao Minuto. Notícia ao minuto*. Disponível em: <https://www.noticiasao minuto.com/pais/689856/lisboa-unidade-de-saude-familiar-da-baixa-sera-instrumento-de-inclusao>

- PEIXOTO, J. (2004) Teorias Explicativas Das Migrações - Teorias Micro e Macro-Sociológicas. *SOCIUS Working Papers*.
- PHILLIPS, A. (2007). Multiculturalism without culture. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- PIRES, R. (2007) Fluxos Migratórios- Dinâmicas e Modos de Gestão. In VITORINO, A. (Eds.), *Imigração: Oportunidade ou Ameaça?* pp.45-62. Estoril: Principia
- PISCITELLI, A. (2014). Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura* 11 (2): 263–74. <https://doi.org/10.5216/sec.v11i2.5247>.
- POPAY J, Escorel S., HERNÁNDEZ, M., JOHNSTON, H., MATHIESON, J., RISPEL, L. (2008). Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network (SENK): World Health Organization. 2008.
- PORDATA (2019). Saldos populacionais anuais: totais, natural e migratório anos 2005 – 2018. Fontes de Dados: INE. Fundação Francisco Manuel do Santos.
- PUSSETTI, C. (2006). A patologização da diversidade: uma reflexão antropológica sobre a noção de Culture-Bound Syndrome. *Etnográfica*, 10 (1), pp. 5-40.
- PUSSETTI, C. (2010). Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade* 19 (1): 94–113.
- PUSSETTI, C. (2013). *Corpos Indóceis: Sexualidade, Planeamento Familiar e Etnopolíticas da cidadania em imigrantes africanos. Corpos Em Trânsito: Socialização, Imigração e Disposições Corporais*. Porto Alegre: Letra Vida.
- PUSSETTI, C. (2014). The Fallopian Dilemma: african bodies, citizenship and family planning. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 2 (1): 21–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-014-0044-0>.
- PUSSETTI, C. (2014). Uma antropologia da interface: políticas públicas e assistenciais em perspectiva comparativa. *Revista Saúde e Sociedade*. Vol. 23. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100200>.
- PUSSETTI, C. (2017). Políticas da cura, retóricas da cultura: encontros e desencontros entre mediadores e imigrantes. *Revista Migrações*, n.º 14, Lisboa: ACM, pp.37-53.
- PUSSETTI, C. e BARROS, V. (2012). Outros corpos: imigração, saúde e etnopolíticas da cidadania. *Forum Sociológico*, 23, p.23-31.
- PUSSETTI, C., FERREIRA, J., LECHNER, E. e SANTINHO, S. (2009). *Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural*. Estudos Observatório da Imigração. Lisboa: ACIDI.

- RAMOS, N. (2006). Migração, Aculturação, Estresse e Saúde. Perspectivas de Investigação e de Intervenção. *Psychologica*, 41, 329-350.
- RAMOS, N. (2008). Migração, Aculturação e Saúde. *Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. Natália Ramos (Org.) – João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB.
- RAZUM O. (2008). Migrant Mortality, Healthy Migrant Effect. In: Kirch W. (eds) *Encyclopedia of Public Health*. Springer, Dordrecht.
- RECHEL, B., MLADOVSKY, P., INGLEBY, D., MACKENBACH, J.P., MCKEE, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*, 381: 1235-45.
- RENDON, A. (2018). Migration, TB control and elimination: Whom to screen and treat. representações sociais no contexto escolar de Portugal. In N. Ramos (Org.), *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas* (pp. 133-175).
- REYNERI, Emilio (2014). Illegal immigration and the underground economy. *The Challenges of Immigration and Integration in the Europe Union and Australia*. University of Sydney: Department of Sociology and Social Research.
- ROCHA, C. M. F., DIAS, S. e GAMA, A.F. (2010). Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. 26 (5): 1003–12.
- ROCHA, P.M e SÁ, A.B. (2011). Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implementação. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), p. 2853-2863.
- RODRIGUES, R. e DIAS, S. (2012). Encontro com a diferença: a perspetiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. *Fórum Sociológico*, no. 22: 63–72.
- ROGERS, C. (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships. In *Psychology: A Study of a Science: Formulations of the Person and the Social Context*. edited by Sigmund Koch. vol. 3, p.184–256.
- SANHUDO, N. G. e COUTINHO, C. (2016). Acesso aos cuidados de saúde das comunidades imigrantes. Lisboa: Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa.
- SANTIAGO-IRIZARRY, V. (2001). *Medicalizing Ethnicity: The construction of Latino identity in a psychiatric Setting*, New York: Cornell University Press.
- SANTINHO, C. (2012). A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Fórum Sociológico* [Online] Disponível em: <http://sociologico.revues.org/594>
- SANTOS, B. S. (1993). *Portugal: um retrato singular*. Porto: Edições Afrontamento.
- SAPO (2016). Martino e o sonho da medicina familiar no Martim Moniz. *Jornal Online SAPO. Sociedade*. Disponível em: <https://sol.sapo.pt/artigo/537985/martino-e-o-sonho-da-medicina-familiar-no-martim-moniz>

- SAYAD, A. (1998). A imigração ou os paradoxos da alteridade. São Paulo, SP: EDUSP.
- SAYAD, A. (1999). La double absence: des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré. Paris: Seuil.
- SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2011). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, 2011. Departamento de Planeamento e Formação.
- SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2018). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, 2018. Departamento de Planeamento e Formação.
- SILVA, S. S. (2018, junho, 23). Governo defende a entrada de 75 mil imigrantes. *Diário de Notícias*. Sessão Portugal [versão online].
- SKELDON, R. (2000). Population Mobility and HIV Vulnerability in South East Asia: an assessment and analysis. Chiang Rai: UNDP South East Asia HIV & Development.
- SNS (Serviço Nacional de Saúde). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP da Baixa). Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30027/3111772/>
- STARFIELD, B. (2004). Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p.
- TARLOV, A. (1996). Social determinants of health: The sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. Health and social organization. London: Routledge. pp. 71–93.
- TAYLOR, J. (2003). The story catches you and you fall down: tragedy, ethnography, and “cultural competence.” *Med Anthropol* 17: 159–181.
- TOPA, J. (2016). Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na região do grande Porto: percursos, discursos e práticas. Lisboa: Observatório das Migrações.
- TOPA, J. (2016). Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na região do grande Porto percursos, discursos e práticas. Lisboa: Observatório das Migrações.
- TOPA, J. B., NOGUEIRA, C. e NEVES, A. S. A. (2010). Inclusão/Exclusão das Mulheres Imigrantes nos Cuidados de Saúde em Portugal: Reflexão à Luz do Feminismo Crítico. *Psico* 41 (3): 366–73.
- UNFPA (2019). States of World Population 2019: Unfinished Business: the pursuit of rights and choices for all. United Nations.
- VENNESSON, P. (2008) Case studies and process tracing: theories and practices. Approaches and Methodologies in the Social Sciences: A pluralist Perspective. Edited and org. Donatella della Porta and Michael Keating. Cambridge: University Press.
- VIANA, V.R.C. (2008) Saúde mental, qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde na comunidade brasileira de Lisboa – Tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

- VIRUPAKSHA, H. G., KUMAR, A., & NIRMALA, B. P. (2014). Migration and mental health: An interface. *Journal of natural science, biology, and medicine*, 5(2), 233–239. doi:10.4103/0976-9668.136141.
- WHITEHEAD, M. (2000). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 22 (3): 429–45.
- WHO (1946). Constitution of the World Health Organization. *International Health Conference. Forty-fifth edition of Basic documents*. NY: 2006.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion.
- WHO (2008) Sixty-first World Health Assembly. Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf
- WHO (2017). Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2018). Health of refugees and migrants: regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward. WHO European Region.
- WHO (2018). Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Technical guidance on refugee and migrant health).
- WHO. Definition of Social Determinants in health. About social determinants of health. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

